**Deutscher Bundestag**
**8. Wahlperiode**

**Drucksache 8/166**

11. 03. 77

Sachgebiet 82

# Gesetzentwurf

## der Bundesregierung

## Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG)

**in Verbindung mit**

- **dem Entwurf eines Gesetzes zur Zwanzigsten Rentenanpassung und zur Verbesserung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (20. Rentenanpassungsgesetz — 20. RAG)**
- **dem Bericht der Bundesregierung über die gesetzlichen Rentenversicherungen, insbesondere über deren Finanzlage in den künftigen 15 Kalenderjahren gemäß §§ 1273 und 579 der Reichsversicherungsordnung, § 50 des Angestelltenversicherungsgesetzes und § 71 des Reichsknappschaftsgesetzes (Rentenanpassungsbericht 1977) und Gutachten des Sozialbeirats.**

### A. Zielsetzung

Der Gesetzentwurf dient dazu, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu dämpfen und damit die Belastung der Beitragszahler und der Wirtschaft in Grenzen zu halten. Dabei wird der Grundsatz der Freiberuflichkeit der Kassenärzte und die Vertragsfreiheit beachtet sowie die Selbstverwaltung der Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser gestärkt.

Hierbei sollen vor allem

1. die Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten stärker in Übereinstimmung gebracht,
2. die Verantwortung der Selbstverwaltung für die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und für die Sicherung der medizinischen Versorgung gestärkt,
3. größere Beitragsgerechtigkeit erreicht und
4. das Zusammenwirken der an der medizinischen Versorgung Beteiligten unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verbessert

werden.

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 821, Goethestraße 56, 5300 Bonn-Bad Godesberg 1, Telefon (0 22 21) 36 35 51

**B. Lösungen**

1. Die Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner wird stabilisiert und sozial gerechter gestaltet.
2. Der Personenkreis der in der Krankenversicherung der Rentner beitragsfrei Versicherten wird unter Beachtung des Solidaritätsprinzips neu abgegrenzt.
3. Die Beitrags- und Leistungsbemessungsgrenze wird angehoben.
4. An die Leistungsgewährung in der Krankenversicherung werden strengere Maßstäbe hinsichtlich der medizinischen Erfordernisse gestellt.
5. Die Versorgung der in der Krankenversicherung Versicherten mit Arzneimitteln wird unter voller Beachtung der Therapiefreiheit des Arztes stärker an der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit ausgerichtet.
6. Die Vergütung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen wird verstärkt an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung orientiert.
7. Das Gebührenrecht wird unter Aufrechterhaltung des Grundsatzes der Vertragsfreiheit den gesundheitspolitischen Anforderungen angepaßt und verbessert.
8. Der Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung von Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern wird durch Zuweisung neuer Aufgaben erweitert.
9. Das Vertragsrecht wird so gestaltet, daß Gleichgewichtigkeit zwischen den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern hergestellt wird.
10. Das Zusammenwirken der Ärzte und Krankenhäuser bei ambulanter und stationärer Behandlung wird verbessert.
11. Die Träger der Krankenversicherung und der Krankenhäuser erhalten ein Mitwirkungsrecht bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne.
12. Die Krankenhauspflegesätze werden zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Krankenhäusern eigenverantwortlich vereinbart.
13. Die Regelungen über die wirtschaftliche Erbringung der Krankenhauspflege werden verbessert.
14. Die Aufwendungen für die Leistungen der Krankenversicherung werden für die Beteiligten transparent gemacht.

**C. Alternativen**

keine

**D. Kosten**

Bund, Länder und Sozialversicherungsträger werden von Kosten entlastet.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
14 (43) — 811 00 — Kr 51/77

Bonn, den 11. März 1977

An den Herrn
Präsidenten des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG) mit Begründung (Anlage 1). Ich bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Der Bundesrat, dem die Vorlage am 18. Februar 1977 als besonders eilbedürftig zugeleitet worden ist, hat in seiner 443. Sitzung am 11. März 1977 gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes zu dem Gesetzentwurf eine Stellungnahme beschlossen, die zusammen mit der Gegenäußerung der Bundesregierung unverzüglich nachgereicht werden wird.

Schmidt

**Anlage I**

# Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

## Artikel 1

## Änderung von Gesetzen

### § 1

### Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820 — 1, veröffentlichten, bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 § 1 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt geändert:

1. § 165 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 Nr. 3 erhält folgende Fassung:

   „3. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn

   a) sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, seit dem 1. Januar 1950 bis zur Stellung des Rentenantrages mindestens 20 Jahre Mitglied eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung waren oder

   b) sie eine Rente beziehen, bei deren Berechnung ohne Anwendung des § 1280 Abs. 1 eine Zurechnungszeit anzurechnen ist oder

   c) sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zu den in §§ 1 oder 17 Abs. 1 des Fremdrentengesetzes Genannten gehören und ihren Wohnsitz in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt haben,".

   b) Absatz 6 Satz 1 erhält folgende Fassung:

   „Nach Absatz 1 Nr. 3 wird nicht versichert,

   1. wer nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 2 a oder 4 oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist,

   2. wer nur wegen Überschreitens der Einkommensgrenzen nicht nach Absatz 1 Nr. 2 oder § 166 versicherungspflichtig ist oder

   3. wer nach § 173 b oder nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912) von der Versichepflicht befreit ist."

2. In § 173 a Abs. 2 werden die Worte „Eintritt der Versicherungspflicht" durch die Worte „Beginn der Mitgliedschaft" ersetzt.

3. § 176 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 wird folgende Nummer 9 eingefügt:

   „9. Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beziehen, es sei denn, sie sind im Zeitpunkt der Stellung des Rentenantrages deswegen nicht versicherungspflichtig, weil sie nach § 173 b oder nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912) von der Versicherungspflicht befreit sind,".

   b) Folgender Satz wird angefügt:

   „Der Beitritt nach Satz 1 Nr. 9 ist binnen eines Monats nach Zustellung des die Rente gewährenden Bescheides zu erklären."

4. In § 176 b Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „Kinder eines Versicherten" durch das Wort „Personen" ersetzt.

5. § 180 Abs. 1 Satz 3 enthält folgende Fassung:

   „Hierbei ist der Arbeitsentgelt bis zum Betrage von einem Dreihundertsechzigstel von 85 vom Hundert der für Jahresbezüge in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragsbemessungsgrenze (§ 1385 Abs. 2) für den Kalendertag zu berücksichtigen; soweit er diesen Betrag übersteigt, bleibt er außer Ansatz."

6. § 182 Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

   a) Buchstabe b erhält folgende Fassung:

   „b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, soweit sie nicht

durch Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen eingeschränkt ist,".

b) In Buchstabe d werden die Worte „oder Übernahme der gesamten Kosten" gestrichen.

7. § 182 a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Worte „2,50 Deutsche Mark" durch die Worte „3,50 Deutsche Mark" ersetzt.

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Von der Zahlung nach Absatz 1 sind Versicherte befreit, die wegen länger dauernder Krankheit laufend Arzneimittel benötigen. Das Nähere bestimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen durch Richtlinien."

8. § 182 c erhält folgende Fassung:

„§ 182 c

Die Satzung bestimmt die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Die Zuschüsse dürfen achtzig vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. Hätte der Versicherte danach mehr als 500 Deutsche Mark zu zahlen, übernimmt die Krankenkasse auch den überschießenden Betrag."

9. Nach § 182 d wird folgender § 182 e eingefügt:

„§ 182 e

Die Satzung kann vorsehen, daß der Versicherte bei kieferorthopädischer Behandlung bis zu 20 vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch 500 Deutsche Mark je Leistungsfall an die Krankenkasse zu zahlen hat. Der Betrag ist dem Versicherten zu erstatten, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten Umfang abgeschlossen ist."

10. § 184 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Der Versicherte kann unter den Krankenhäusern wählen, mit denen Verträge über die Erbringung von Krankenhauspflege bestehen (Vertragskrankenhäuser). Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächsterreichbaren geeigneten Vertragskrankenhäuser in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen."

11. Dem § 185 b Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht."

12. § 187 erhält folgende Fassung:

„§ 187

Die Satzung kann

1. Zuschüsse zu den Kosten für Kuren vorsehen, wenn diese nach vertrauensärztlicher Begutachtung erforderlich und geeignet sind,

   a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder

   b) eine drohende Störung der normalen Entwicklung eines Kindes zu verhindern,

   und diese Kur im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht wird,

2. andere Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder vorsehen,

3. Fürsorge für Genesende, vor allem durch Unterbringung in einem Genesungsheim, vorsehen."

13. Dem § 194 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Fahrkosten werden nur übernommen, wenn sie je einfache Fahrt mehr als 3,50 Deutsche Mark betragen. Die Satzung kann vorsehen, daß unter den von ihr bestimmten Voraussetzungen abweichend von Satz 2 Fahrkosten übernommen werden."

14. § 195 Nr. 3 erhält folgende Fassung:

„3. Pauschbeträge für die Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung,"

15. § 198 erhält folgende Fassung:

„§ 198

Die Versicherte erhält nach der Entbindung einen Pauschbetrag von einhundert Deutsche Mark, wenn sie die zur ausreichenden und zweckmäßigen ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung gehörenden Untersuchungen (§ 196) in Anspruch genommen hat. Der Anspruch auf den Pauschbetrag bleibt unberührt, wenn Untersuchungen aus einem von der Versicherten nicht zu vertretenden Grund nicht durchgeführt wurden."

16. § 201 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Für die nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 Versicherten gilt als Grundlohn ein Dreihundertsechzigstel von 85 vom Hundert der Bezugsgröße."

17. § 205 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „im Inland aufhalten" durch die Worte „im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten, kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet", ersetzt.

b) In Absatz 1 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Für Kinder besteht kein Anspruch auf Leistungen nach Satz 1, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Versicherten nicht Mitglied bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsverdienstgrenze (§ 165 Abs. 1 Nr. 2) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Versicherten ist. § 182 a gilt nicht für Kinder."

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, sonstige Hilfen und die Familienkrankenpflege" durch die Worte „Leistungen nach Absatz 1" und die Worte „und sich im Inland aufhalten." durch die Worte „, sich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet." ersetzt.

18. § 223 erhält folgende Fassung:

„§ 223

Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Vertrauensärzten die Krankheitsfälle vor allem im Hinblick auf die entstandenen Kosten überprüfen und den Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten unterrichten."

19. § 257 a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Sie können die Mitgliedschaft bei der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse beantragen. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an."

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4 a eingefügt:

„(4 a) Die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten können abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4 die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse beantragen, wenn sie in dem Bezirk wohnen, für den die Ersatzkasse zugelassen ist. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an."

20. § 257 c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Sie können die Mitgliedschaft bei der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse beantragen. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an."

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die nach den §§ 1 und 2 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen Versicherten können abweichend von Absatz 1 Satz 1 und den Absätzen 2 und 3 die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse beantragen, wenn sie in dem Bezirk wohnen, für den die Ersatzkasse zugelassen ist. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an."

21. § 312 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Mitgliedschaft der in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten endet

1. mit dem Tode,
2. mit dem Ablauf des Monats, in dem über den Wegfall des Anspruchs auf Rente endgültig entschieden ist,
3. bei Zubilligung einer Rente für abgelaufene Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird."

22. § 313 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Bezeichnung „§ 165 Abs. 1 Nr. 4" durch die Bezeichnung „§ 165 Abs. 1 Nr. 3 oder 4" ersetzt.

b) Absatz 2 Sätze 1 und 2 erhalten folgende Fassung:

„Wer Mitglied bleiben will, muß es der Kasse binnen eines Monats nach Beendigung der Mitgliedschaft anzeigen. Wer jedoch in der Zeit vom elften bis zum letzten Tag dieses Monats erkrankt, hat für diese Krankheit, vorbehaltlich des § 214, Anspruch auf die Kassenleistungen nur, wenn er die Anzeige in den ersten zehn Tagen gemacht hat."

c) Absatz 5 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Der Anspruch auf Leistungen freiwillig Versicherter ruht, solange sie nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten."

23. § 315 a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben, ohne die Voraussetzungen für den Bezug der Rente zu erfüllen, wenn

a) sie oder die Personen, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, seit dem 1. Januar 1950 bis zur Stellung des Rentenantrages mindestens 20 Jahre Mitglied eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung waren oder

b) sie eine Rente beziehen, bei deren Berechnung ohne Anwendung des § 1280 Abs. 1 eine Zurechnungszeit anzurechnen ist oder

c) sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zu den in §§ 1 oder 17 Abs. 1 des Fremdrentengesetzes Genannten gehören und ihren Wohnsitz in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt haben."

b) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Sie endet mit dem Tode oder mit dem Tage, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird."

c) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) § 165 Abs. 6 und § 257 a Abs. 1, 2, 4 bis 5 gelten entsprechend."

24. Nach § 315 a wird folgender § 315 b eingefügt:

„§ 315 b

Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 306 Abs. 2 erst mit Ablauf des Monats beginnt, in dem der die Rente gewährende Bescheid zugestellt wird; die Erklärung bewirkt auch, daß die Mitgliedschaft nach § 315 a nicht eintritt. Die Erklärung ist binnen eines Monats nach Stellung des Rentenantrags bei der zuständigen Krankenkasse abzugeben."

25. In § 317 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4 a eingefügt:

„(4 a) Stellt einer der in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten den Antrag nach § 257 a Abs. 1 Satz 2 oder Abs. 4 a, so hat die Kasse, die den Antrag annimmt, dies der zunächst zuständigen Kasse mitzuteilen."

26. Vor § 319 wird folgende Überschrift eingefügt:

„3. Versicherungsnummer, Versichertenausweis, Mitgliederverzeichnis".

27. Nach § 319 wird folgender § 319 a eingefügt:

„§ 319 a

Die Krankenkasse hat ein Mitgliederverzeichnis zu führen, in das die Aufzeichnungen aufzunehmen sind, die zur rechtmäßigen Erfüllung ihrer Aufgafen erforderlich sind. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates über Inhalt und Form des Mitgliederverzeichnisses."

28. § 368 a Abs. 8 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte „leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen)" durch die Worte „Krankenhausärzte, welche nach den berufsrechtlichen Vorschriften zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung berechtigt sind," ersetzt.

b) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und die Worte „sowie die Erklärung des Krankenhausträgers an den Zulassungsausschuß, daß durch die beantragte Beteiligung die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt wird." angefügt.

29. § 368 c Abs. 2 Nr. 11 erhält folgende Fassung:

„11. den Umfang und die Dauer der Beteiligung von Krankenhausärzten sowie das Erfordernis, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Beteiligung in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen,".

30. § 368 f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „entrichtet" die Worte „nach Maßgabe des Gesamtvertrages" eingefügt.

b) Absätze 2, 3 und 4 erhalten folgende Fassung:

„(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder unter Berücksichtigung des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einem Kopfpauschale, nach einem Fallpauschale

oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Dabei können auch Regelungen vorgesehen werden, durch die nur solche Leistungsausweitungen berücksichtigt werden, die medizinisch vertretbar sind.

(3) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderung der Gesamtvergütungen. Hierbei haben sie die gesamtwirtschaftlichen Kriterien entsprechend dem jeweiligen Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung und die zu erwartende Entwicklung der Praxiskosten und der für kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen, zu berücksichtigen.

(4) Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 3 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine einheitliche Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen abzugeben; sie soll bei den Vereinbarungen angemessen berücksichtigt werden."

c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und wird wie folgt geändert:

In Satz 3 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Halbsatz gestrichen.

d) Der bisherige Absatz 5 wird gestrichen.

e) Es werden folgende Absätze 6 und 7 angefügt:

„(6) Im Gesamtvertrag ist für einen zu vereinbarenden Zeitraum ein Höchstbetrag der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu Lasten der beteiligten Krankenkassen zu verordnenden Arzneimittel zu bestimmen. Bei der Vereinbarung über den Arzneimittelhöchstbetrag sind insbesondere die Entwicklung der Preise der verordneten Arzneimittel und der Zahl der behandelten Personen einerseits sowie die Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen andererseits zu berücksichtigen. Im Gesamtvertrag ist ferner für den Fall, daß die Summe der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für die auf kassenärztliche Verordnung abgegebenen Arzneimittel im Vereinbarungszeitraum den Höchstbetrag übersteigt, eine Regelung über die Art und den Umfang des Ausgleichs durch Anrechnung auf die Gesamtvergütungen zu treffen. Dabei ist eine Anrechnung auszuschließen, wenn der Höchstbetrag um nicht mehr als fünf vom Hundert überschritten wird; sie ist ferner insoweit auszuschließen, als die Überschreitung des Höchstbetrages auf einen nicht voraussehbaren Anstieg der kassenärztlichen Arzneimittelverordnungen infolge einer unvorgesehenen und allgemeinen erheblichen Zunahme der Krankheitshäufigkeit zurückgeht. Wird der Höchstbetrag um mehr als fünf vom Hundert überschritten, so haben die Vertragsparteien im Streitfall das Gutachten eines unabhängigen Sachverständigen über die Ursachen der Überschreitung des Höchstbetrages einzuholen und zur Grundlage der Ausgleichsregelung zu machen. Die Regelungen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung, insbesondere zur Überprüfung der ärztlichen Verordnungsweise, bleiben unberührt. Die Krankenhassen sind verpflichtet, die hierfür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Für die Auswahl des Sachverständigen durch die Vertragsparteien gilt § 368 i Abs. 2 Sätze 2 bis 4 entsprechend.

(7) Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 6 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine einheitliche Empfehlung über die angemessene Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge abzugeben; sie soll bei den Vereinbarungen angemessen berücksichtigt werden."

31. § 368 g wird wie folgt geändert:

a) Absätze 1 bis 4 werden durch folgende Absätze 1 bis 6 ersetzt:

„(1) Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(2) Vorbehaltlich des Satzes 2 schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen schließen Gesamtverträge mit Wirkung für alle Krankenkassen, deren Bereich sich über den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt; sie können den Abschluß den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen übertragen.

(3) Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen in Mantelverträgen (Bundesmantelverträge).

(4) Als Bestandteil der Bundesmantelverträge vereinbaren die Vertragspartner durch die Bewertungsausschüsse (§ 368 i Abs. 8) einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. Die Bewertungsmaßstäbe bestimmen den Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Sie sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stande der medizinisch-technischen Entwicklung sowie dem Erfordernis der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

(5) In den Gesamtverträgen ist auch zu vereinbaren, daß die Herstellungskosten bei Zahnersatz und Zahnkronen Bestandteil der Vergütung sind.

(6) Die ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege (stationäre Behandlung in Krankenhäusern) ist nur insoweit Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung, als sie durch Kassenärzte erfolgt und ihre Vergütung nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird; das gilt auch für die ärztlichen Maßnahmen bei Krankenhauspflege nach § 200 f. In den Verträgen ist vorzusehen, daß die Vergütung nicht außer Verhältnis zu dem Betrag steht, der bei Krankenhauspflege aus dem Pflegesatz für die ärztliche Behandlung berechnet werden würde."

b) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 7.

32. In § 368 h Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „hat" die Worte „, soweit es sich nicht um eine Vereinbarung nach § 368 g Abs. 4 handelt," eingefügt.

33. § 368 i wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) In den Fällen des § 368 h Abs. 1 und 2 sind die Landesschiedsämter zuständig für die Festsetzung der im §368 g Abs. 2 Satz 1 bezeichneten Gesamtverträge, die Bundesschiedsämter für die Festsetzung der im § 368 g Abs. 2 Satz 2 bezeichneten Gesamtverträge und der im § 368 g Abs. 3 bezeichneten Bundesmantelverträge."

b) In Absatz 6 Satz 2 und Absatz 7 Satz 1 werden jeweils nach den Worten „Arbeit" die Worte „und Sozialordnung" eingefügt.

c) Folgende Absätze 8, 9 und 10 werden angefügt:

„(8) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen bilden je einen Bewertungsausschuß für die ärztlichen Leistungen und für die zahnärztlichen Leistungen. Der Bewertungsausschuß besteht aus sieben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen bestellten Vertreter; für die weitere Zusammensetzung gelten § 525 c Abs. 2 Satz 3 sowie § 204 a Abs. 1 Satz 3 des Reichsknappschaftsgesetzes. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Der Bewertungsausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung.

(9) Kommt im Bewertungsausschuß durch übereinstimmenden Beschluß aller Mitglieder eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab ganz oder teilweise nicht zustande, so wird der Bewertungsausschuß auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und vier weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Für die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden gilt Absatz 2 Sätze 2 bis 5 entsprechend. Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern werden zwei Mitglieder von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie ein Mitglied von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft benannt; für die Benennung eines weiteren unparteiischen Mitglieds gilt § 525 c Abs. 2 Satz 3.

(10) Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarung fest. § 368 h Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend."

34. § 368 n wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze 4 und 5 angefügt:

„Die Vereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist; die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ortskrankenkasse am jeweiligen Niederlassungsort der Ärzte die kassenärztlichen Leistungen vergütet. Satz 4 gilt entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der Allgemeinen Wehrpflicht."

b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Bezeichnung „Abs. 3" durch die Bezeichnung „Abs. 2 Satz 2" ersetzt.

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Komma durch ein Semikolon und der nachfolgende Satzteil durch folgenden Halbsatz ersetzt:

„den Ausschüssen gehört auch ein von den Krankenkassen beauftragter Arzt an.";

bb) Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Die Vertragspartner können Vereinbarungen über eine von Satz 1 abweichende Zusammensetzung der Ausschüsse sowie über das Verfahren hinsichtlich des Nachweises und der Prüfung der einzelnen Leistungen der Ärzte treffen."

d) Absatz 6 wird gestrichen; die bisherigen Absätze 7 und 8 werden Absätze 6 und 7.

e) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt."

35. § 368 p Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach dem Wort „Heilmitteln" werden die Worte „und das hierbei durch den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt zu beachtende Erfordernis eines Preisvergleichs" eingefügt.

b) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Die Bundesausschüsse haben unter Berücksichtigung der Therapiefreiheit und der Zumutbarkeit für die Versicherten in Richtlinien auch zu beschließen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen."

35a. In § 368 q Abs. 3 wird die Bezeichnung „Nr. 2 und 4" gestrichen.

36. Die §§ 371 und 372 erhalten folgende Fassung:

„§ 371

(1) Die Krankenkassen haben Krankenhauspflege durch die Krankenhäuser zu gewähren, die sich gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen hierzu bereit erklärt haben und mit denen ein Vertrag über die Erbringung von Krankenhauspflege geschlossen ist.

(2) Die Landesverbände sind berechtigt, die Erklärung binnen drei Monaten abzulehnen, wenn eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wirtschaftliche Krankenhauspflege nicht gegeben ist und die Ziele des Krankenhausbedarfsplanes gefährdet werden. Soweit möglich, ist den religiösen Bedürfnissen der Kranken Rechnung zu tragen. Die Ablehnung der Bereiterklärung des Krankenhauses oder die Auflösung des Vertrages bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden.

(3) Für die in § 414 Abs. 3 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Bundesverband der Betriebskrankenkassen wahr; er kann diese auf die Krankenkassen übertragen."

„§ 372

Die Landesverbände schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen mit den Krankenhäusern Verträge über die Krankenhauspflege, unbeschadet der für die Pflegesätze geltenden Regelungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. Die Verträge können auch Regelungen über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus vorsehen, die bei Krankenhauspflege (§§ 184, 184 a) erforderlich sind. § 371 Abs. 3 gilt entsprechend."

37. § 381 Abs. 4 wird gestrichen.

38. § 385 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Summe der Beiträge der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten beträgt 11,7 vom Hundert der Summe der von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten gezahlten Rentenbeträge, vermindert um die Summe der Beitragszuschüsse nach § 1304 e, nach § 83 e des Angestelltenversicherungsgesetzes und nach § 95 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, der Beiträge nach § 63 Abs 3 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und der Erstattungen nach § 157 Abs. 4 des Arbeitsförderungsgesetzes."

b) Absatz 3 wird gestrichen.

39. § 389 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Sätze 2 und 3 werden gestrichen.

b) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Ist das nicht möglich oder reichen trotz der Vereinigung die Beiträge nicht aus, so sind durch Satzungsänderung die Beiträge so zu erhöhen, daß sie, die anderen Einnahmen eingerechnet, für die zulässigen Ausgaben der Kasse ausreichen."

40. § 393 a erhält folgende Fassung:

„§ 393 a

Die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten haben die Beiträge nach § 381 Abs. 2 monatlich an die Krankenkassen und Ersatzkassen zu leisten, die nach § 393 b Abs. 1 Satz 3 berechtigt sind."

41. § 393 b erhält folgende Fassung:

„§ 393 b

(1) Die durch Beiträge nach § 381 Abs. 2 nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten der Krankenkassen und Ersatzkassen werden von diesen als Finanzierungsanteil der Krankenversicherung gemeinsam getragen. Der Finanzierungsanteil ist mit den Beiträgen für die nicht in § 165 Abs. 1 Nummern 3, 5 und 6 bezeichneten Versicherten in einem Vomhundertsatz des Grundlohns aufzubringen, der dem Verhältnis der durch Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen aller Kassen für die in Satz 1 bezeichneten Versicherten zur Grundlohnsumme der Mitglieder aller Kassen entspricht. Übersteigen die Leistungsaufwendungen einer Krankenkasse oder Ersatzkasse den Betrag, den die Krankenkasse oder Ersatzkasse nach Satz 2 aufzubringen hat, so hat sie in Höhe des Unterschiedsbetrages Anspruch auf Beiträge nach § 381 Abs. 2 und auf die überschießenden Beträge nach Satz 4. Übersteigt der Betrag, den die Krankenkasse oder Ersatzkasse nach Satz 2 aufzubringen hat, die Leistungsaufwendungen, so steht der überschießende Betrag den Krankenkassen und Ersatzkassen zu, deren Leistungsaufwendungen ihren Finanzierungsanteil übersteigen. Für die Berechnung der Grundlohnsumme der Mitglieder aller Kassen bleiben die in § 165 Abs. 1 Nummern 3, 5 und 6 bezeichneten Versicherten außer Betracht. Bei der Feststellung der Leistungsaufwendungen bleibt die Zahlung von Sterbegeld außer Betracht.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt den Vomhundertsatz nach Absatz 1 Satz 2 und gibt ihn bekannt. Es stellt jeweils im Voraus für ein Kalenderhalbjahr den Vomhundertsatz vorläufig fest. Bei der Berechnung der monatlich auf sie entfallenden Finanzierungsanteile legen die Krankenkassen und die Ersatzkassen diesen Vomhundertsatz, die voraussichtlichen Leistungsaufwendungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten und die voraussichtliche Grundlohnsumme zugrunde; Absatz 1 Satz 5 gilt. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist der hierfür maßgebliche Vomhundertsatz aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Krankenkassen und Esatzkassen und der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten zu ermitteln. Die nach Satz 3 geleisteten Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen; sie sind nach Bekanntgabe des Vomhundertsatzes nach Satz 4 mit den endgültig für das Geschäftsjahr zu leistenden Zahlungen auszugleichen."

42. Folgender § 393 c wird eingefügt:

„§ 393 c

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Ermittlung der Vomhundertsätze nach § 393 b, über die Berechnung und Zahlung der auf die Krankenkassen und Ersatzkassen nach § 381 Abs. 2 entfallenden Beiträge, über die Durchführung des Verfahrens sowie über die hierfür von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Trägern der Rentenversicherung mitzuteilenden Angaben."

43. Der bisherige § 393 c wird § 393 d.

44. § 414 b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird die Bezeichnung „§ 368 g Abs. 2 Satz 2" durch die Bezeichnung „§ 368 g Abs. 3" ersetzt.

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2 a eingefügt:

„(2 a) Die Satzungen der Landesverbände können einen Finanzausgleich unter den Mitgliedskassen für den Fall vorsehen, daß der Bedarfssatz einer Kasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Mitgliedskassen um mehr als fünf vom Hundert überschreitet. Sie haben den Finanzausgleich für den Fall vorzusehen, daß der Bedarfssatz einer Kasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Mitgliedskassen um mehr als fünfzehn vom Hundert überschreitet. Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen ohne die Leistungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten zur Summe der Grundlöhne im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind dabei zu mindern um die von Dritten zu erstattenden Ausgaben für Leistungen, um die Ausgaben für Mehrleistungen, für Zahnersatz und Zahnkronen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Für den Finanzausgleich erheben die Landesverbände von ihren Mitgliedern eine

Umlage. Die Satzung des Landesverbandes bestimmt das Nähere über die Durchführung des Finanzausgleichs. Der Landesverband kann Feststellungen darüber treffen, auf welche Ursachen die Überschreitung des durchschnittlichen Bedarfssatzes zurückzuführen ist."

45. In § 478 Abs. 2 werden die Worte „von drei Wochen und die im § 195 a Abs. 7 bestimmte Frist von sechs Wochen" gestrichen.

46. In § 507 Abs. 4 wird nach der Bezeichnung „§§ 180 bis 181 b," die Bezeichnung „§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b, §§" eingefügt.

47. Nach § 509 wird folgender § 509 a eingefügt:

„§ 509 a

Die Ersatzkassen können miteinander eine Umlage vereinbaren, um die Kosten insbesondere für aufwendige Leistungsfälle ganz oder teilweise zu decken."

48. § 514 Absätze 2 bis 4 erhalten folgende Fassung:

„(2) Die §§ 238, 257 a bis 257 d, 306 Abs. 2 bis 5, §§ 311, 312 Abs. 2 bis 6, § 313 Abs. 2 und 5, § 315 a bis 316, 317 Abs. 4 bis 6, §§ 318, 381 Abs. 2 und 3 Satz 2 und 3, §§ 381 a, 385 Abs. 2, 393 a bis 393 d gelten entsprechend.

(3) Für Mitglieder der Ersatzkasse, deren Arbeitsentgelt die in § 180 Abs. 1 Satz 3 genannte Grenze nicht übersteigt, gilt § 385 Abs. 1. Für Mitglieder, deren Arbeitsentgelt die in § 180 Abs. 1 Satz 3 genannte Grenze übersteigt, ist der Beitrag mindestens nach dem Betrag dieser Grenze zu bemessen.

(4) Mitglieder der Ersatzkasse, die aus der Versicherungspflicht nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 oder 4 ausscheiden, können die Mitgliedschaft fortsetzen."

49. § 515 wird gestrichen.

50. § 516 a wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angeführt:

„(2) § 319 a gilt."

51. § 525 c wird wie folgt geändert:

a) Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

„(2) Für die Verträge der Ersatzkassen über die vertragsärztliche Versorgung gelten § 368 f Abs. 1 bis 3, 5 und 6 sowie § 368 g sinngemäß; § 368 f Abs. 4 und 7 gelten mit der Maßgabe, daß an der gemeinsamen Abgabe der einheitlichen Empfehlungen auch die nach § 525 a gebildeten Verbände der Ersatzkassen mitzuwirken haben. Im übrigen nehmen die in diesen Vorschriften den Bundesverbänden und Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben die Verbände der Ersatzkassen wahr; sie können, soweit es sich um Aufgaben der Landesverbände handelt, diese auf eine im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft oder eine Ersatzkasse übertragen. § 368 i Abs. 8 bis 10 gelten mit der Maßgabe, daß die nach § 525 a gebildeten Verbände je zwei Vertreter für die Bewertungsausschüsse bestellen und ein unparteiisches Mitglied benennen."

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wird wie folgt geändert:

aa) Folgender Satz 1 wird eingefügt:

„Für Verträge über Krankenhauspflege gelten §§ 371 und 372; Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.";

bb) Der bisherige einzige Satz wird Satz 2.

§ 2

**Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes**

Das Reichsknappschaftsgesetz vom 23. Juni 1923 in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822 — 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 § 2 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt geändert:

§ 204 a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Soweit die ärztliche Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen sichergestellt wird, gelten §§ 368 f und 368 g der Reichsversicherungsordnung entsprechend. Die in diesen Vorschriften den Bundesverbänden und Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nimmt die Bundesknappschaft wahr; an der gemeinsamen Abgabe der einheitlichen Empfehlungen nach § 368 f Abs. 4 und 7 der Reichsversicherungsordnung hat sie mitzuwirken. § 368 i Abs. 8 bis 10 der Reichsversicherungsordnung gelten mit der Maßgabe, daß die Bundesknappschaft je einen Vertreter für die Bewertungsausschüsse bestellt und gemeinsam mit den Bundesverbänden der Krankenkassen ein unparteiisches Mitglied benennt."

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Für Verträge über Krankenhauspflege gelten §§ 371 und 372 der Reichsversicherungsord-

nung entsprechend; die in diesen Vorschriften den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nimmt die Bundesknappschaft wahr."

§ 3

**Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel 1 § 3 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Satz 2 Nr. 2 sind nach den Worten „des Reichsknappschaftsgesetzes" die Worte „sowie für die in Artikel 2 § 1 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom ........ (BGBl. I S. ........)" einzufügen.

2. § 4 Abs. 3 Satz 2 erhält folgende Fassung:

   „Als Zuschuß ist ein Betrag in Höhe eines Achtzehntels des Monatsbetrages der Bezugsgröße zu zahlen; der Betrag ist auf volle Deutsche Mark aufzurunden."

3. In § 6 Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „Kinder eines Versicherten" durch das Wort „Personen" ersetzt.

4. § 11 erhält folgende Fassung:

   „§ 11

   Die Satzung kann

   1. Zuschüsse zu den Kosten für Kuren vorsehen, wenn diese nach vertrauensärztlicher Begutachtung erforderlich und geeignet sind,

      a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder

      b) eine drohende Störung der normalen Entwicklung eines Kindes zu verhindern,

      und diese Kur im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht wird,

   2. andere Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder vorsehen."

5. § 13 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 2 erhält folgende Fassung:

      „2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, soweit sie nicht durch Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen eingeschränkt ist."

   b) In Nummer 4 werden die Worte „oder Übernahme der gesamten Kosten" gestrichen.

6. § 14 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 werden die Worte „2,50 Deutsche Mark" durch die Worte „3,50 Deutsche Mark" ersetzt.

   b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

      „(2) Von der Zahlung nach Absatz 1 sind Versicherte befreit, die wegen länger dauernder Krankheit laufend Arzneimittel benötigen. Das Nähere bestimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen durch Richtlinien."

7. § 16 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

      „(1) Die Satzung bestimmt die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Die Zuschüsse dürfen achtzig vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. Hätte der Versicherte danach mehr als 500 Deutsche Mark zu zahlen, übernimmt die Krankenkasse auch den überschießenden Betrag."

   b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

      „(4) Die Satzung kann vorsehen, daß der Versicherte bei kieferorthopädischer Behandlung bis zu 20 vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch 500 Deutsche Mark je Leistungsfall an die Krankenkasse zu zahlen hat. Der Betrag ist dem Versicherten zu erstatten, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten Umfang abgeschlossen ist."

8. § 17 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

   „(2) Der Versicherte kann unter den Krankenhäusern wählen, mit denen Verträge über die Erbringung von Krankenhauspflege bestehen (Vertragskrankenhäuser). Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächsterreichbaren geeigneten Vertragskrankenhäuser in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen."

9. Dem § 21 b Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

   „Die Fahrkosten werden nur übernommen, wenn sie je einfache Fahrt mehr als 3,50 Deutsche Mark betragen. Die Satzung kann vorsehen, daß unter den von ihr bestimmten Voraussetzungen abweichend von Satz 2 Fahrkosten übernommen werden."

10. § 22 Nr. 3 erhält folgende Fassung:

    „3. Pauschbeträge für die Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung,"

11. § 25 erhält folgende Fassung:

„§ 25

Die Versicherte erhält nach der Entbindung einen Pauschbetrag von einhundert Deutsche Mark, wenn sie die zur ausreichenden und zweckmäßigen ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung gehörenden Untersuchungen (§ 23) in Anspruch genommen hat. Der Anspruch auf den Pauschbetrag bleibt unberührt, wenn Untersuchungen aus einem von der Versicherten nicht zu vertretenden Grund nicht durchgeführt wurden."

12. § 32 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „und sich gewöhnlich im Inland aufhalten" durch die Worte „sich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet" ersetzt.

b) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Für Kinder besteht kein Anspruch auf Leistungen nach Satz 1, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Versicherten nicht Mitglied bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsverdienstgrenze (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Versicherten ist. Bei der Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten bleibt das Einkommen außer Betracht, das die Ehegatten aus dem von ihnen gemeinsam betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen erzielen. Das Einkommen eines Kindes aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer zu gelten, bleibt außer Betracht."

c) In Absatz 2 werden die Worte „und sich im Inland aufhalten" durch die Worte ", sich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet" ersetzt

13. § 33 Abs. 2 Satz 3 erhält folgende Fassung:

„§ 14 gilt nicht für Kinder."

14. Dem § 36 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Satzung regelt das Nähere. Sie hat dabei die Besonderheiten landwirtschaftlicher Betriebe und Haushalte zu berücksichtigen. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grade werden keine Kosten der Haushaltshilfe erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht."

15. § 43 erhält folgende Fassung:

„§ 43

Die landwirtschaftliche Krankenkasse kann in geeigneten Fällen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Vertrauensärzten die Krankheitsfälle vor allem im Hinblick auf die entstandenen Kosten überprüfen und den Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten unterrichten."

16. § 49 Abs. 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Sie endet mit dem Tage, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird."

17. Nach § 49 a wird folgender § 49 c eingefügt:

„§ 49 c

Personen, die Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Landabgaberente beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 47 Nr. 4 erst mit Ablauf des Monats beginnt, in dem der die beantragte Leistung gewährende Bescheid zugestellt wird; die Erklärung bewirkt auch, daß die Mitgliedschaft nach § 49 nicht eintritt. Die Erklärung ist binnen eines Monats nach Stellung des Leistungsantrags bei der zuständigen Krankenkasse abzugeben."

18. § 63 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Zu den Aufwendungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung und in § 19 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes bezeichneten Personen, die nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 versichert sind, leisten die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung Beiträge in Höhe des Betrages, den diese Personen nach § 1304 e der Reichsversicherungsordnung erhielten, wenn sie die dort genannten Voraussetzungen erfüllen würden. Die in Satz 1 bezeichneten Träger setzen den Betrag verbindlich fest."

19. § 65 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 4 werden die Worte „das Zweieinhalbfache" durch die Worte „das Dreifache" ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „einem Zwölftel der nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 der

Reichsversicherungsordnung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstgrenze" durch die Worte „dem Dreißigfachen des in § 180 Abs. 1 Satz 3 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Betrages" ersetzt.

20. § 76 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

    „(1) Für Verträge über Krankenhauspflege gelten die §§ 371 und 372 der Reichsversicherungsordnung; § 74 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend."

21. § 94 Abs. 4 Satz 2 erhält folgende Fassung:

    „Als Zuschuß ist ein Betrag in Höhe eines Achtzehntel des Monatsbetrages der Bezugsgröße zu zahlen; der Betrag ist auf volle Deutsche Mark aufzurunden."

22. § 95 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 wird die Bezeichnung „§ 381 Abs. 4" durch die Bezeichnung „§ 1304 e Abs. 1" ersetzt.

    b) Folgender Satz wird angefügt:

       „Artikel 2 § 28 a des Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes, Artikel 2 § 27 a des Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetzes gelten entsprechend."

## § 4

## Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze — KHG — vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009), zuletzt geändert durch das Haushaltsstrukturgesetz vom 18. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3091), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Nr. 4 werden nach den Worten „Leistungen des Krankenhauses" der Punkt gestrichen und die Worte angefügt: „einschließlich vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung."

2. § 6 wird wie folgt geändert:

    a) Absätze 1 bis 3 werden durch folgende Absätze 1 bis 5 ersetzt:

       „(1) Die Länder stellen im Benehmen mit der Krankenhausgesellschaft sowie den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im Lande Krankenhausbedarfspläne sowie für den Zeitraum der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues und deren Finanzierung auf. In den Programmen ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Errichtung von Krankenhäusern und die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter anzugeben. Die Bedarfspläne und mehrjährigen Programme sind der Entwicklung anzupassen, die mehrjährigen Programme jährlich. Bei der Aufstellung und Anpassung der Krankenhausbedarfspläne soll eine angemessene Berücksichtigung belegärztlicher Tätigkeit vorgesehen werden. Die Krankenhausbedarfspläne sind in geeigneter Form zu veröffentlichen. Bis zum 1. Oktober eines jeden Jahres stellen die Länder nach Anhörung der Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Lande für das darauffolgende Kalenderjahr ein Krankenhausbauprogramm (Jahreskrankenhausbauprogramm) auf. Ferner ist der Bedarf an pauschalierten Finanzierungsmitteln für die Wiederbeschaffung von mittel- und kurzfristigen Anlagegütern (§ 9 Abs. 3 Satz 3 und Abs. 4 sowie § 10) anzugeben.

       (2) Bei der Aufstellung und Anpassung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme sind zu beachten:

       1. die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung,
       2. die im Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 7 abgestimmten allgemeinen Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser,
       3. die Folgekosten,
       4. die Möglichkeiten anderweitiger Unterbringung und Pflege außerhalb der Krankenhäuser,
       5. die Bedarfspläne für die ambulante Versorgung und sonstige Bedarfspläne.

       (3) Bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne nach Absatz 1 Satz 1 sind die Einrichtungen und Planungen der stationären Versorgung in den Hochschulkliniken sowie in den Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen angemessen zu berücksichtigen.

       (4) Vor der endgültigen Aufstellung der mehrjährigen Programme berät der Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 7 über die gegenseitige Abstimmung der Programme auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne mit dem Ziel, den in § 1 bezeichneten Zweck dieses Gesetzes zu erreichen. Entsprechendes gilt für die Anpassung und Durchführung der Programme.

(5) Bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues sind die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die kommunalen Spitzenverbände, der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie die sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören. Die Landesregierungen bestimmen, wer als sonstiger wesentlich Beteiligter anzusehen ist."

b) Absatz 4 wird Absatz 6.

3. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absätze 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:

„(1) Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ein Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts, die zuständigen obersten Landesbehörden, sieben Vertreter der Krankenhausträger und sieben Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung sowie je drei Vertreter der Spitzenorganisationen der Gewerkschaften und der Arbeitgeber, die für die Vertretung der Arbeitnehmer- oder Arbeitgeberinteressen wesentliche Bedeutung haben, angehören.

(2) Dem Ausschuß obliegt neben der Beratung in allen Angelegenheiten, die der Förderung des in § 1 genannten Zweckes dienen, insbesondere die Abstimmung über allgemeine Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser, für die Gestaltung und Ermittlung der Pflegesätze, für eine wirtschaftliche Betriebsführung sowie hinsichtlich der sozialen Tragbarkeit der Pflegesätze. Er kann weiter alle Fragen beraten, die sich aus der Durchführung des Gesetzes ergeben, insbesondere auch mit dem Ziel, die Durchführung des Gesetzes zwischen den Beteiligten abzustimmen. Der Ausschuß kann weiter zu Einzelfragen Empfehlungen abgeben. Beratungen und Abstimmungen über die Finanzhilfen (§§ 21 bis 25) finden zwischen Bund und Ländern statt.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt die Geschäftsordnung. Er hat den Vorsitz. In der Geschäftsordnung ist auch vorzusehen, daß der Ausschuß Sachverständige, insbesondere der kommunalen Spitzenverbände, des Verbandes der privaten Krankenversicherung und aus den Kranhausberufen anzuhören hat."

b) Absatz 4 wird gestrichen.

4. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Hinter Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„Die Bedingungen und Auflagen nach Absatz 1 Satz 3 können auch bestimmen, daß Krankenhäuser, die gefördert werden, Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte erfüllen, wenn anderenfalls Kapazitäten an Hochschulkliniken erhalten oder zusätzlich geschaffen werden müssen, die nach den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung des Landes für die Versorgung der Bevölkerung nicht benötigt werden. Die Förderung von ausbildungsbedingten Investitionsmaßnahmen auf der Grundlage des Hochschulbauförderungsgesetzes bleibt hiervon unberührt."

b) Absatz 2 wird Absatz 3.

c) In dem neuen Absatz 3 werden in Satz 1 nach den Worten „betrieben werden" das Komma gestrichen und die Worte eingefügt: „oder Krankenhäusern, die aus dem Krankenhausbedarfsplan eines Landes ausscheiden," sowie die Worte „von 10 Jahren" durch die Worte „von 8 Jahren" ersetzt.

5. § 10 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Fördermittel dürfen nur zur Sicherstellung eines funktionsgerechten Leistungsangebots entsprechend der jeweiligen Aufgabenstellung im Krankenhausbedarfsplan oder in den Programmen (§ 6 Abs. 1) verwendet werden."

b) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3. Darin werden nach den Worten „Satz 1" die Worte „und 2" eingefügt.

6. Nach § 11 wird folgender § 11 a eingefügt:

„§ 11 a

Beteiligung der Krankenhäuser an Investitionskosten

Die geförderten Krankenhäusern bringen von den Förderbeträgen für Investitionen nach § 9 Abs. 1 und 2 zehn vom Hundert, nach § 9 Abs. 3 und 4 und § 10 fünf vom Hundert selbst auf. Entsprechendes gilt für die Entgelte der Nutzung der Anlagegüter nach § 11. Die Förderbeträge sind entsprechend zu kürzen. Übersteigen die Einnahmen der Krankenhäuser aus Pflegesätzen und sonstigen Leistungen die Ausgaben, so ist der Überschuß zunächst zur Finanzierung der Eigenbeteiligung an den Investitionskosten zu verwenden."

7. Hinter § 15 Abs. 2 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Eine Erstattung der Fördermittel entfällt in Höhe des im Förderzeitraum eingetretenen Werteverzehrs von nicht mit öffentlichen Mitteln beschafften Anlagegütern."

8. In § 16 wird Satz 1 wie folgt geändert:

   „Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Pflegesätze der Krankenhäuser insbesondere auch über die Berücksichtigung des Eigenanteils nach § 17 Abs. 1 Satz 4 im Pflegesatz und das anzuwendende Verfahren nach den §§ 18 und 18 a zu erlassen."

9. § 17 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 werden nach Satz 2 folgende Sätze 3 und 4 angefügt: „Die Pflegesätze gelten für die festgesetzte Laufzeit, soweit nichts anderes bestimmt wird. In den Pflegesätzen wird der Eigenanteil des Krankenhauses nach § 11 a zeitanteilig entsprechend der Nutzungsdauer des Wirtschaftsgutes, wie sie nach steuerrechtlichen Vorschriften zulässig ist, berücksichtigt.

   b) In Absatz 4 Nr. 1 wird das Komma gestrichen und folgender Halbsatz angefügt: „sowie berücksichtigungsfähige Eigenanteile nach § 17 Absatz 1 Satz 4,"

   c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

      „(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht öffentlich gefördert werden, sind im Pflegesatz von den auf Investitionen entfallenden Selbstkosten zehn vom Hundert der Investitionskosten im Sinne des § 9 Abs. 1 und 2 und fünf vom Hundert der Investitionskosten im Sinne des § 9 Abs. 3 und 4 und des § 10 nicht zu berücksichtigen. Entsprechendes gilt für die Entgelte der Nutzung von Anlagegütern. § 11 a Satz 4 und § 17 Abs. 1 Satz 4 finden entsprechende Anwendung."

   d) Absatz 5 wird Absatz 6.

10. § 18 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 wird durch folgende Absätze 1 bis 7 ersetzt:

       „(1) Die Pflegesätze werden für alle Benutzer verbindlich zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im Lande vereinbart. Die betroffenen Krankenhausträger und Krankenkassen sind an den Verhandlungen zu beteiligen; die Vereinbarungen wirken für und gegen die betroffenen Krankenhausträger und Krankenkassen. Die Verbände der sonstigen Sozialleistungsträger im Lande sind auf Antrag zu den Verhandlungen hinzuzuziehen, wenn sie im Jahr der Vereinbarung mit dem betroffenen Krankenhaus voraussichtlich mehr als zehn vom Hundert der Pflegetage abrechnen.

       (2) Die Krankenhausträger haben den für die Ermittlung der Pflegesätze erforderlichen Selbstkostennachweis und auf Anforderung auch eine Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie den Erläuterungsbericht vorzulegen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Krankenkassen können vereinbaren, welche weiteren Unterlagen beizubringen sind.

       (3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen wirken zusammen, damit eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Krankenhauspflege im Rahmen eines Systems leistungsfähiger und sparsam wirtschaftender Krankenhäuser gewährleistet wird. Sie sind verpflichtet, unter Berücksichtigung von Beratungsergebnissen des Ausschusses nach § 7 gemeinsam Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhausbetriebe, insbesondere Richtwerte für Personal- und Sachkosten aufzustellen und der Entwicklung anzupassen. Bei der Ermittlung und Anpassung sind die Entwicklungen insbesondere der durchschnittlichen Bruttoarbeitseinkommen, des medizinisch-technischen Fortschritts und die Art und Anzahl der Krankheitsfälle zu beachten. Die Spitzenorganisationen weiterer wesentlich betroffener Sozialleistungsträger im Bund sind auf Antrag zu beteiligen. Die Gewerkschaften und Berufsverbände der Krankenhausberufe im Bund sowie der Verband der privaten Krankenversicherung sind anzuhören. Die Maßstäbe und Richtwerte sind bei den Pflegesatzvereinbarungen unter Beachtung von Besonderheiten der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur angemessen zu berücksichtigen.

       (4) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze nicht zustande, so entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle der zuständigen Landesbehörde (§ 18 a). Die Schiedsstelle setzt unverzüglich, spätestens innerhalb von drei Monaten, die Pflegesätze fest. Diese Festsetzung hat die Rechtswirkung einer Vereinbarung im Sinne des § 18 Abs. 1. Sie kann nach Ablauf eines halben Jahres mit vierteljährlicher Frist gekündigt werden, sofern nicht die Schiedsstelle eine frühere Kündigungsmöglichkeit vorsieht.

       (5) Kündigt eine Vertragspartei die Vereinbarung, so hat sie gleichzeitig die Kündigung der zuständigen Schiedsstelle schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf einer Vereinbarung eine neue Vereinbarung nicht zustande, so hat die Schiedsstelle die Pflegesätze unverzüglich, spätestens innerhalb von drei Monaten, festzusetzen. Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Bis zur Entscheidung der Schiedsstelle gelten die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung vorläufig weiter.

       (6) Vor Erhebung einer Klage, die eine Entscheidung der Schiedsstelle nach den Ab-

sätzen 4 und 5 zum Gegenstand hat, ist ein Vorverfahren nicht erforderlich.

(7) Macht ein Kläger, der nicht Vertragspartei der Vereinbarung nach Absatz 1 ist, geltend, er sei durch die Vereinbarung in seinen Rechten verletzt, finden die Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung über die Anfechtungsklage entsprechende Anwendung. Die Klage ist gegen die Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Lande zu richten, welche die Vereinbarung geschlossen haben. Eines Vorverfahrens bedarf es nicht."

b) Absatz 2 wird Absatz 8.

11. Nach § 18 wird folgender § 18 a eingefügt:

„§ 18 a

Schiedsstelle

(1) Die zuständige Landesbehörde bildet eine Schiedsstelle. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß neben oder anstelle der Schiedsstelle der zuständigen Landesbehörde für ein Land mehrere Schiedsstellen auf regionaler Ebene gebildet werden; sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

(2) Die Schiedsstellen setzen sich zusammen aus einem Vorsitzenden, sieben Vertretern der Krankenhäuser und sieben Vertretern der Krankenkassen. Die zuständige Landesbehörde stellt den Vorsitzenden im Benehmen mit der Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im Lande. Die Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser werden jeweils von der Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im Lande benannt. Dieses gilt auch für die Benennung von Stellvertretern. Die zuständige Landesbehörde stellt den Vorsitzenden und bestellt die Vertreter der Krankenhäuser und der Krankenkassen, sofern nicht innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung durch die zuständige Landesbehörde das Benehmen über den Vorsitzenden herbeigeführt wird oder die Krankenhausgesellschaft oder die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Lande die erforderlichen Vertreter benennen.

(3) Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Das Nähere wird durch Rechtsverordnung nach § 16 geregelt."

12. In § 20 werden die Worte „§ 17 Abs. 5" durch die Worte „§ 17 Abs. 5 und 6" ersetzt.

13. In § 22 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „1978 290 Millionen DM und 1979 213 Millionen DM" durch die Worte „1978 263 Millionen DM und 1979 193 Millionen DM" ersetzt.

14. In § 23 Abs. 2 wird das Wort „Unterversorgung" durch die Worte „Unter- oder Überversorgung" ersetzt.

15. Nach § 26 wird folgender Abschnitt eingefügt:

„4 a. Abschnitt

Rechnungswesen

§ 26 a

Rechnungswesen

(1) Krankenhäuser haben unbeschadet einer weitergehenden Verpflichtung nach anderen Gesetzen nach den Vorschriften der §§ 38 bis 47 a des Handelsgesetzbuches Bücher zu führen. Für die Gliederung und den Inhalt des Jahresabschlusses, die einzelnen Posten des Jahresabschlusses, die Wertansätze der Gegenstände des Anlage- und des Umlaufvermögens sowie für die Abschreibungen auf diese Werte und für die Ansätze von Passivposten gelten die §§ 149 bis 159 des Aktiengesetzes entsprechend. Die Posten des Jahresabschlusses sind unter Beachtung der Grundsätze einer gewissenhaften und getreuen Rechenschaft zu erläutern (Erläuterungsbericht).

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Justiz, dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister des Innern durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Formblätter vorzuschreiben oder andere Vorschriften für die Rechnungslegung und Prüfung zu erlassen, wenn der Betrieb eines Krankenhauses oder der Zweck dieses Gesetzes (§ 1) eine Abweichung von den nach Absatz 1 anzuwendenden Vorschriften bedingt; durch andere Vorschriften können insbesondere Inhalt und Form der Kosten- und Leistungsrechnung, des Wirtschaftsplans (Vermögens-, Finanz-, Stellungsplans) und eines einheitlichen Kontenrahmens geregelt werden."

16. In § 27 Nr. 4 werden nach den Worten "zugrunde zu legen ist" die Worte „welche Kosten den Wirtschaftsgütern, den Anlagegütern, den Verbrauchsgütern, der Instandhaltung und Instandsetzung oder der Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) zuzurechnen sind," eingefügt.

17. Nach § 29 wird folgender § 29 a eingefügt:

„§ 29 a

Sonstige Zuständigkeitsregelungen

Die in diesem Gesetz den Bundes- und Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen zu-

gewiesenen Aufgaben nehmen für die knappschaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft, für die landwirtschaftlichen Krankenkassen der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen und für die Ersatzkassen die Verbände der Ersatzkassen (§ 525 a der Reichversicherungsordnung) wahr. Die Verbände der Ersatzkassen können, soweit es sich um Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen handelt, diese auf eine für das Land gebildete Arbeitsgemeinschaft oder auf eine Ersatzkasse übertragen. Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen kann, soweit es sich um Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen handelt, diese auf die landwirtschaftliche Krankenkasse übertragen, in deren Bezirk die Krankenhausgesellschaft ihren Sitz hat. Für die in § 414 Abs. 3 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Bundesverband der Betriebskrankenkassen wahr; er kann diese auf die Krankenkassen übertragen."

§ 5

**Änderung der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung)**

Dem Artikel 2 § 4 Abs. 1 der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230—13), veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch § 4 des Gesetzes vom 24. Juni 1975 (BGBl. I S. 1536), wird folgender Satz angefügt:

„Unbeschadet der Sätze 1 bis 5 gehören die in § 165 Abs. 1 Nr. 2 a und 3 und in § 176 c der Reichsversicherungsordnung sowie die in §§ 1 und 2 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen bezeichneten Personen zum Mitgliederkreis der Ersatzkassen."

## Artikel 2

## Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 1

(1) Wer wegen des Inkrafttretens dieses Gesetzes nicht mehr nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung versichert ist oder wer bis zum 30. Juni 1978 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, gilt als versichert nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung, solange er eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten bezieht.

(2) Wer vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes deswegen nicht nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung versichert war, weil er die in § 165 Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung geforderten Voraussetzungen nicht erfüllt hat, gilt als versichert nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung, sobald er die Voraussetzungen nach dem vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Recht erfüllt.

§ 2

Personen, die bis zum 30. Juni 1978 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragen, gelten bis zu dem in § 315 a Abs. 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Zeitpunkt als Mitglieder, wenn sie nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die Voraussetzungen des § 315 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung nicht mehr erfüllen.

§ 3

(1) Personen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 306 Abs. 2 oder § 315 a der Reichsversicherungsordnung bis zum Ende des Monats unterbrochen ist, in dem der Rentenbescheid zugestellt wird.

(2) Personen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Landabgabe beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 47 Nr. 4 oder § 49 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte bis zum Ende des Monats unterbrochen ist, in dem der die beantragte Leistung gewährende Bescheid zugestellt wird.

(3) Die Erklärung nach Absatz 1 oder 2 kann binnen drei Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes bei dem zuständigen Träger der Krankenversicherung abgegeben werden.

§ 4

(1) Versicherte haben keinen Anspruch nach § 198 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 25 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der Fassung dieses Gesetzes, wenn sie vor Inkrafttreten dieses Gesetzes entbunden haben.

(2) Versicherte haben bis zum Ende des neunten auf das Inkrafttreten dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats Anspruch nach § 198 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 25 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch nach § 198 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 25 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der Fassung dieses Gesetzes nicht erfüllt sind.

(3) Absätze 1 und 2 gelten auch für Ansprüche nach § 205 a der Reichsversicherungsordnung.

§ 5

(1) Vereinbarungen nach § 368 f Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig mit Wirkung vom 1. Juli 1978 zu treffen; hierbei ist von der Höhe der Gesamtvergütungen der beteiligten Krankenkassen im Jahre 1977 auszugehen. Bis zu diesem Zeitpunkt gelten die bestehenden Vergütungsregelungen fort.

(2) Vereinbarungen nach § 368 f Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig für das Jahr 1978 unter Zugrundelegung des Durchschnitts der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für Arzneimittel in den Jahren 1976 und 1977 zu treffen.

§ 6

Leistungen nach § 205 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 32 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, für die nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund des Artikels 1 § 1 Nr. 17 Buchstaben a oder b oder § 3 Nr. 12 Buchstaben a oder b Ansprüche nicht mehr bestehen, sind für eingeschriebene Studenten der staatlichen und der staatlich anerkannten Fachhochschulen bis zum 31. August 1977 und für eingeschriebene Studenten der staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen bis zum 30. September 1977 zu gewähren.

§ 7

Die Bewertungsmaßstäbe nach § 368 g Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig bis zum 1. Juli 1978 aufzustellen; hierbei ist insbesondere von der für die Ersatzkassenpraxis vereinbarten Gebührenordnung (E-Adgo) auszugehen. Bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt gelten die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Vergütungsregelungen fort.

§ 8

Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes abgeschlossene Verträge, die eine dem § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung entsprechende Versorgung sicherstellen, bleiben unberührt. Sind solche Verträge nicht mit den in § 368 n Abs. 2 Satz 4 der Reichsversicherungsordnung genannten Vereinigungen abgeschlossen, so haben diese Vereinigungen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes anstelle der bisherigen Vertragspartner in diese Verträge einzutreten. Ist in den in Sätzen 1 und 2 genannten Verträgen eine höhere als die in § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebene Vergütung vereinbart, so gilt eine solche Vereinbarung unbeschadet der Laufzeit der Verträge so lange fort, bis die Höhe der vereinbarten Vergütung jeweils der Höhe der in § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Vergütung entspricht.

§ 9

(1) Die nach § 381 Abs. 2 und § 514 Abs. 2 in Verbindung mit § 381 Abs. 2 der Reichversicherungsordnung für die Monate Juli bis Dezember 1977 zu leistenden Beiträge sind nach Absatz 2 zu bemessen.

(2) § 385 Abs. 2 und 3 der Reichversicherungsordnung gilt in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung mit folgenden Änderungen:

a) In § 385 Abs. 3 Satz 1 wird das Wort „zwanzig" durch das Wort „fünfzig" ersetzt.

b) Dem § 385 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Übersteigt der Kürzungsbetrag danach den durchschnittlichen Grundlohn, so ist der Beitrag nach dem übersteigenden Betrag zu bemessen. Dieser Beitrag steht den Krankenkassen und Ersatzkassen zu, bei denen der durchschnittliche Grundlohn den Kürzungsbetrag übersteigt; er ist an den Träger der Rentenversicherung abzuführen. Sind bei der Krankenkasse oder Ersatzkasse keine in § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Personen versichert, tritt bei der Beitragsberechnung an deren Stelle die Zahl 1."

(3) Ist die Summe der nach Absatz 2 bemessenen Beiträge höher oder niedriger als elf vom Hundert der Summe der von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten in den Monaten Juli bis Dezember 1977 gezahlten Rentenbeträge, so erhöht oder ermäßigt sich die Summe der nach § 381 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung für das Jahr 1978 zu zahlenden Beiträge entsprechend.

§ 10

Für die Jahre 1971 bis Juni 1977 verbleibt es bei den nach § 385 Abs. 2 und 3 der Reichversicherungsordnung in der bis zum 30. Juni 1977 geltenden Fassung zu leistenden Beiträgen; § 393 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 30. Juni 1977 geltenden Fassung ist insoweit nicht mehr anzuwenden.

§ 11

(1) Für Krankenhäuser, die einen Ausgleich nach § 8 Abs. 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung erhalten, gilt § 8 Abs. 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung.

(2) Die in Artikel 1 § 4 Nr. 6 dieses Gesetzes vorgeschriebene Beteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten und den Entgelten der Nutzung der Anlagegüter sowie die entsprechende Minderung der Fördermittel gilt für Investitionen und Nut-

zungskosten, die nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgenommen werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Kürzung der im Pflegesatz anrechenbaren Selbstkosten nach Artikel 1 § 4 Nr. 9 Buchstabe b dieses Gesetzes.

(3) Die Vorschriften der geltenden Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 25. April 1973 — Bundespflegesatzverordnung — (BGBl. I S. 333) sind weiter anzuwenden, bis sie durch eine Rechtsverordnung nach § 16 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze außer Kraft gesetzt werden.

§ 12

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes treten außer Kraft:

1. Erlaß des Reicharbeitsministers betreffend Fortsetzung der freiwilligen Mitgliedschaft beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung oder nach der Befreiung von der Versicherungspflicht vom 27. Juli 1943 in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Anhang zur Gliederungsnummer 820—1 veröffentlichten Fassung (BGBl. III S. 175).

2. Verordnung über die Festsetzung des Beitrags für freiwillige Versicherte in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner vom 26. Oktobet 1962 (BGBl. I S. 667), zuletzt geändert durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Festsetzung des Beitrags für freiwillig Versicherte in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner vom 11. Dezember 1968 (BGBl. I S. 1324).

§ 13

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, den Wortlaut des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in der neuen Fassung bekanntzumachen und dabei Unstimmigkeiten des Wortlauts und der Paragraphenfolge zu beseitigen.

§ 14

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die aufgrund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 15

(1) Dieses Gesetz tritt mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Vorschriften am 1. Juli 1977 in Kraft.

(2) Artikel 1 § 1 Nr. 10 und 36, § 3 Nr. 8 und 20, § 4 Nr. 1 bis 7 und 9 bis 17 und Artikel 2 § 11 treten am 1. Januar 1978 in Kraft.

## Begründung

### I. Allgemeiner Teil

Ziele des Gesetzentwurfs sind vor allem:

- das erreichte medizinische Versorgungsniveau der versicherten Bevölkerung aufrechtzuerhalten, den medizinischen Fortschritt weiter zu ermöglichen und den dafür erforderlichen Finanzbedarf mit der Belastbarkeit der Volkswirtschaft und der Beitragszahler in Übereinstimmung zu bringen;
- den Handlungsspielraum der Versicherten, Ärzte und Krankenhäuser über ihre Selbstverwaltungseinrichtungen zu erweitern und ihnen gleichzeitig wirksame Instrumente zur bedarfsgerechten und kostengünstigeren Versorgung der Versicherten zu geben. Dies soll zugleich weitere staatliche Eingriffe in das Gesundheitswesen überflüssig machen;
- die sozial ausgleichende Funktion der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage der vorhandenen Gliederung des Systems zu verwirklichen.

Um diese Ziele zu erreichen, sind gesetzliche Maßnahmen zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung vor allem in der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich.

In der gesetzlichen Krankenversicherung steigen seit Jahren die Ausgaben stärker als die für die Beitragsbemessung maßgebenden Entgelte der Versicherten. In den Jahren 1971 bis 1975 sind die Ausgaben der Krankenversicherung je Mitglied jährlich durchschnittlich um rund 16,5 v. H., die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Entgelte jedoch nur um rd. 9,6 v. H. gestiegen, so daß ein jährlicher Überhang der Ausgaben von rd. 6,9 v. H. vorhanden war. Diese Entwicklung hat dazu geführt, daß die Beitragssätze laufend erhöht werden mußten. Während am 1. Juli 1971 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz aller Krankenkassen rd. 8,1 v. H. betrug, war er zum 1. Juli 1976 — also innerhalb von fünf Jahren — auf rd. 11,3 v. H. gestiegen. Zwar ist nicht zu verkennen, daß die Anstrengungen der Selbstverwaltung, den Ausgabenanstieg zu begrenzen, in der jüngsten Vergangenheit nicht erfolglos blieben; die Ursachen der Kostensteigerungen sind dadurch jedoch nicht beseitigt. Es ist erforderlich, in das System der gesetzlichen Krankenversicherung Steuerungsmechanismen einzufügen, die es der Selbstverwaltung ermöglichen, die Ausgabenentwicklung zu bremsen und sie möglichst weitgehend der Entwicklung der Versicherteneinkommen anzupassen.

Die damit angestrebte Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung in der Krankenversicherung setzt voraus, daß sich die Ausgabenentwicklung im Rahmen volkswirtschaftlich vertretbarer Größenordnung hält. Auch bei konstantem Beitragssatz steigen die Einnahmen der Krankenversicherung an, und zwar entsprechend der Entwicklung der Grundlöhne der Versicherten. Daraus ergibt sich jährlich ein zusätzlicher Finanzierungsspielraum; er ermöglicht, die ärztlichen Einkommen und die anderer Leistungserbringer angemessen zu erhöhen und die Investitionen zur Durchsetzung des medizinischen Fortschritts in der ambulanten Praxis, im Krankenhaus und bei sonstigen Leistungserbringern weiter zu sichern. Bei einem angenommenen Grundlohnanstieg im Jahre 1978 von 8 v. H. ergeben sich ohne Erhöhung der Beitragssätze z. B. Einnahmeverbesserungen in Höhe von rd. 5 Mrd. DM.

Eine ausgewogene Finanzierung der Krankenversicherung wird im Jahre 1977 durch die notwendige Konsolidierung der Rentner-Krankenversicherung erschwert. Zur Lösung dieses Problems hatte die Bundesregierung bereits im Jahre 1974 Gesetzesvorschläge vorgelegt. Diese waren erforderlich geworden, weil die seit dem Finanzänderungsgesetz 1967 erfolgte Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner zu erheblichen Schwierigkeiten führte. Ausgehend von den Finanzierungsverhältnissen im Jahre 1968 sollte von 1969 an die Summe der von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten an die Träger der Krankenversicherung zu zahlenden Beiträge für pflichtversicherte Rentner jeweils 10,98 v. H. der jährlichen Rentenzahlbeträge betragen. Der Gesetzgeber hatte diese Regelung getroffen, damit die Aufwendungen der Träger der Rentenversicherung für die Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner kalkulierbar blieben. Um dieses Ziel zu erreichen, sollte durch Rechtsverordnungen bestimmt werden, inwieweit der an die Träger der Krankenversicherung gezahlte Beitrag zu erhöhen oder zu ermäßigen ist. Diese Korrektur der Beiträge kann jedoch erst dann vorgenommen werden, wenn die Rechnungsergebnisse eines abgelaufenen Geschäftsjahres vorliegen.

Sie führte daher zu nachträglichen, für die Träger der Krankenversicherung nicht vorauskalkulierbaren Nachzahlungen oder Erstattungen. Für die Jahre 1968 bis 1970 haben die Träger der Krankenversicherung auf Grund der erlassenen KVdR-Beitragsbemessungsverordnungen insgesamt 910 Millionen DM als Nachzahlung erhalten. Wären die Beitragsbemessungsverordnungen auch für die Jahre 1971 bis Juni 1977 ergangen, hätten die Träger der Krankenversicherung rd. 17,4 Mrd. DM an die Träger der Rentenversicherung erstatten müssen. Erstattungen in einer derartigen Größenordnung, die zudem für einen mehrere Geschäftsjahre zurückliegenden Zeitraum zu zahlen sind, stören die Finanzgrundlagen der Träger der Krankenversicherung er-

heblich. Die Überzahlungen der Rentenversicherung sollen daher der Krankenversicherung verbleiben; die vorgesehene Neuregelung vermeidet künftige Überzahlungen. Es ist auch daher erforderlich, das System der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner neu zu ordnen. Der Wegfall der Überzahlungen bedeutet, daß für die Krankenversicherung der Rentner weniger Einnahmen zur Verfügung stehen. Dieser Einnahmeausfall wird zu einem erheblichen Teil durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung von derzeit 75 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung auf 85 v. H. und durch eine Reihe von sofort wirksamen Ausgabenbegrenzungen ausgeglichen.

Die längerfristig wirkenden Maßnahmen im Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütungen, der Versorgung mit Arzneimitteln sowie mit Krankenhausleistungen zielen darauf ab, die Ausgabenzuwächse an der Entwicklung der Einnahmen in der Krankenversicherung zu orientieren. Das bedeutet, daß unter Aufrechterhaltung der Vertragsautonomie auch die ärztlichen Einkommen angemessen an der allgemeinen Einkommensentwicklung teilnehmen. Auch in der Arzneimittelversorgung bleibt die Therapiefreiheit weiterhin erhalten. Allerdings zielen die vorgesehenen Maßnahmen auf eine erhöhte Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung ab. Es ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen als Selbstverwaltungsorgane der Ärzte, dafür zu sorgen, daß ein als Folge dieser Maßnahmen ggf. notwendiger Ausgleich zu Lasten der Gesamtvergütungen nicht diejenigen Ärzte trifft, die wirtschaftlich verordnet haben. Deshalb haben auch die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen die notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die eine sachgerechte Prüfung der Verordnungsweise der einzelnen Kassenärzte zulassen.

Der Gesetzentwurf trägt auch den vielfältigen Diskussionen über eine verstärkte Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung Rechnung. Bei unzulänglicher Versorgung der Versicherten können über den Kreis der leitenden Krankenhausärzte hinaus weitere Krankenhausfachärzte an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden, wenn die Krankenhausversorgung dadurch nicht gefährdet wird. Zudem wird angestrebt, die belegärztliche Tätigkeit zu fördern, was insbesondere durch eine angemessene Berücksichtigung belegärztlicher Tätigkeit im Rahmen der Aufstellung und Anpassung der Krankenhausbedarfspläne sichergestellt werden soll. Allerdings hat die finanzielle Belastung aus der Ausweitung der belegärztlichen Tätigkeit in einem angemessenen Verhältnis zu dem Betrag zu stehen, der bei Krankenhauspflege aus dem Pflegesatz für ärztliche Behandlung berechnet wird. In den Verträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern können zudem Regelungen über eine zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung vorgesehen werden, und zwar in den Fällen, in denen der Kassenarzt Krankenhauspflege verordnet hat. Diese drei Maßnahmen stehen in einem engen Sachzusammenhang. Sie tragen zu einer kostengünstigeren Krankenversorgung bei.

Im Krankenhausbereich wird die Selbstverantwortung der Beteiligten für eine wirtschaftliche und bedarfsgerechte Leistungserbringung durch erweiterte Mitwirkungsrechte bei der Bedarfsplanung und durch eine vertragliche Festlegung der Pflegesätze mit Schiedsstellenregelung und damit die Selbstverwaltung bei der Pflegesatzgestaltung gestärkt. Mehr Wirtschaftlichkeit im Investitionsbereich soll durch eine Beteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten erreicht werden. Die Beteiligung kann jedoch bei sparsamer Wirtschaftsführung über die Pflegesätze erwirtschaftet werden. Eine Existenzgefährdung von Krankenhäusern wird damit ausgeschlossen.

Der Gesetzentwurf sieht im einzelnen folgende Maßnahmen vor:

— Beitragsfrei in der Krankenversicherung der Rentner ist künftig nur der Rentner, der bereits vor der Rentenantragstellung zur Solidargemeinschaft der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten gehört hat.

— Um größere Beitragsgerechtigkeit zu erreichen, werden

  a) die unterschiedlichen Belastungen der einzelnen Träger der Krankenversicherung aus der Krankenversicherung der Rentner durch einen Finanzausgleich ausgewogen verteilt;

  b) die Beitrags- und Leistungsbemessungsgrenze der Krankenversicherung auf 85 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung erhöht.

— Die Vergütung der ärztlichen Leistungen wird verstärkt sowohl an gesamtwirtschaftlichen Kriterien des jeweiligen Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung, der künftig um Angaben zur Entwicklung des Volkseinkommens je Kopf der Bevölkerung erweitert wird, als auch an speziellen Kriterien (z. B. Veränderung der Praxiskosten, Ausdehnung der ärztlichen Leistungen infolge gesetzlicher oder satzungsmäßiger Leistungsausweitung) orientiert; damit werden zugleich die Einkommen der Ärzte in diesem Rahmen abgesichert.

— Das Vertrags- und Gebührenrecht wird medizinischen und gesundheitspolitischen Erfordernissen besser angepaßt.

— Die Arzneimittelverordnungen werden bei unverändertem Vorrang der medizinischen Notwendigkeit in Zukunft stärker an die Wirtschaftlichkeit gebunden. Medizinischer Fortschritt und therapiegerechte Versorgung bleiben gesichert; die Therapiefreiheit wird nicht eingeschränkt.

— Mit den Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sowie tragbare Pflegesätze durch eine verstärkte Mitwirkung und Mitver-

antwortung der Krankenhausträger und der Krankenkassen gewährleistet. Das soll insbesondere dadurch geschehen, daß die Krankenhausbedarfspläne der Länder im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenhausträger und Krankenkassen aufgestellt werden und die Pflegesätze zwischen den Krankenkassen und Krankenhausträgern zu vereinbaren sind. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet eine Schiedsstelle, an der die Krankenhausträger und Krankenkassen beteiligt sind. Die Krankenhausträger werden verpflichtet, 10 v. H. der Investitionskosten sowie 5 v. H. der Kosten von Ersatzinvestitionen selbst zu tragen. In den Pflegesätzen wird der Eigenanteil der Krankenhäuser zeitanteilig entsprechend der Nutzungsdauer des Wirtschaftsgutes berücksichtigt.

— Den Krankenkassen wird ermöglicht, die Zusammenhänge zwischen Inanspruchnahme und Erbringung von Leistungen einerseits und den Ausgaben der Krankenkassen andererseits aufzuzeigen.

## II. Besonderer Teil

### Artikel 1

**Zu § 1 Nr. 1** (§ 165 RVO)

a) Die Regelung der Krankenversicherungspflicht für Rentner geht von dem Grundsatz aus, daß die Personen, die eine angemessene Zeit in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und damit am Solidarausgleich für die Krankenversicherung der Rentner ausreichend beteiligt waren, in der Krankenversicherung der Rentner versichert werden. Dagegen ist es nicht vertretbar, daß auch solche Personen in der Krankenversicherung der Rentner versichert werden, die als Erwerbstätige nicht am Solidarausgleich teilgenommen haben. Um die Abgrenzung praktikabel zu gestalten, ist für die Krankenversicherungspflicht der Rentner maßgebend, daß seit dem 1. Januar 1950 bis zur Rentenantragstellung mindestens 20 Jahre lang Mitgliedschaft bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat. Die Formulierung des § 165 Abs. 1 Nr. 3 stellt u. a. sicher, daß neben den Hinterbliebenen auch geschiedene Ehegatten dann in der Krankenversicherung der Rentner versichert werden, wenn ihr früherer Ehemann, aus dessen Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner erfüllt. Ferner werden auch einige sonstige Personen, denen es aufgrund außergewöhnlicher Ereignisse unmöglich ist, die geforderten Versicherungszeiten zu erfüllen, in die Krankenversicherung der Rentner einbezogen; so werden die ganz überwiegende Zahl der Frührentner und die Umsiedler in der Krankenversicherung der Rentner versichert. Es erscheint nicht unbillig, daß diejenigen, die der Rentenversicherung nach dem Rentenreformgesetz von 1972 freiwillig beigetreten sind — soweit sie die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 Buchstaben b und c genannten Voraussetzungen nicht erfüllen — nicht Pflichtmitglieder der Krankenversicherung der Rentner werden. Sie können zur Sicherung ihres Versicherungsschutzes der Krankenversicherung freiwillig beitreten und erhalten einen Beitragszuschuß von der Rentenversicherung.

   Die Gesamtregelung entspricht dem Gebot der Beitragsgerechtigkeit.

b) Der bisherige § 165 Abs. 6 RVO, der den Vorrang beim Zusammentreffen mehrerer die Versicherungspflicht begründender Tatbestände regelt, wird erweitert. Nach geltendem Recht haben Rentenbezieher, die als Angestellte beschäftigt sind, Beiträge für ihren Krankenversicherungsschutz zu zahlen, wenn ihr Gehalt die Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht übersteigt. Sie sind jedoch beitragsfrei in der Krankenversicherung der Rentner versichert, sobald ihr Gehalt die Jahresarbeitsverdienstgrenze überschreitet. Dieses unbefriedigende Ergebnis wird dadurch beseitigt, daß Angestellte nicht mehr in der Krankenversicherung der Rentner versichert werden, wenn sie wegen Überschreitens der Einkommensgrenze nicht als Angestellte versicherungspflichtig sind. Aus demselben Grund sollen die in § 166 RVO aufgeführten Selbständigen, deren Einkommen die Jahresarbeitsverdienstgrenze übersteigt, nicht mehr der bisher für sie beitragsfreien Rentnerkrankenversicherung angehören.

Es ist auch nicht gerechtfertigt, daß diejenigen Angestellten und Selbständigen, die sich von der Versicherungspflicht haben befreien lassen, und damit aus der Solidargemeinschaft der Versicherten durch eigenen Entschluß ausgeschieden sind, der Krankenversicherung der Rentner angehören. Sie sollen daher nicht mehr versicherungspflichtig in der Krankenversicherung der Rentner sein.

**Zu § 1 Nr. 2** (§ 173 a Abs. 2 RVO)

Wegen der Möglichkeit für Rentenantragsteller, ihre Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner aufschieben zu können (vgl. § 315 b RVO neu), ist es erforderlich, für den Beginn der Antragsfrist nach § 173 a Abs. 2 RVO auf den Beginn der Mitgliedschaft abzustellen.

**Zu § 1 Nr. 3** (§ 176 Abs. 1 Satz 1 RVO)

Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung erhalten Bezieher von Renten aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten, soweit die in § 176 RVO genannte Einkommensgrenze nicht überschritten wird. Damit wird eine Regelung aufgenommen, die bis zum 1. Januar 1968 bestanden hat. Da es nicht gerechtfertigt ist, daß diejenigen, die sich während ihres Erwerbslebens bewußt von der gesetzlichen Krankenversicherung abgewandt haben, ihr als Rentner wieder beitreten können, wird der Zugang für diesen Personenkreis ausgeschlossen. Für den Beitritt

ist eine Erklärungsfrist von einem Monat vorgesehen.

**Zu § 1 Nr. 4** (§ 176 b Abs. 1 Nr. 1 RVO)

Den Ehegatten, die aufgrund der Neuregelung aus der Familienhilfe ausscheiden, wird das Recht zur freiwilligen Weiterversicherung gegen entsprechende Beitragsleistung eingeräumt.

**Zu § 1 Nr. 5** (§ 180 Abs. 1 RVO)

Durch die Änderung dieser Vorschrift wird die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung und die Höchstgrenze des Grundlohns auf 85 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung erhöht. Dies führt dazu, daß in der Krankenversicherung für Personen, deren Arbeitsentgelt die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltende Höchstgrenze übersteigt, künftig sowohl höhere Barleistungen erbracht als auch höhere Beiträge erhoben werden.

Nicht versicherungspflichtige Versicherte, deren Entgelt die Jahresarbeitsverdienstgrenze (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 RVO) übersteigt, werden hinsichtlich ihres Beitrags und des Beitragszuschusses nach § 405 RVO so behandelt, als wären sie versicherungspflichtig.

Die Neuregelung führt zu erheblichen Beitragsmehreinnahmen in der Krankenversicherung, die zu einer ausgewogenen Finanzierung der von ihr zu erbringenden Leistungen beitragen werden.

**Zu § 1 Nr. 6** (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO)

a) Vielfach werden Arzneimittel verordnet, die nach überwiegender Ansicht zum täglichen Gebrauch gehören und nach ihrer allgemeinen Anwendung medizinisch nicht notwendig sind (z. B. Kopfschmerztabletten, Beruhigungstabletten u. ä.). Die Kosten für diese Mittel sind in der Regel nicht hoch. Es ist daher für den einzelnen zumutbar, die Kosten für diese Mittel selbst zu tragen. Die Verordnung derartiger Mittel wird dadurch nicht eingeschränkt, jedoch soll der Versicherte die Mittel selbst bezahlen. Ebenso erscheint es zumutbar, in diese Regelung auch Verband- und Heilmittel sowie Brillen einzubeziehen. Dabei wird durch Richtlinien der für die Beurteilung dieser Fragen sachkundigen Bundesausschüsse bestimmt, welche Mittel oder Gruppen solcher Mittel im Regelfall nicht mehr zu Lasten der Krankenversicherung abgegeben werden dürfen.

b) Folgeänderung aus der Änderung des § 182 c RVO.

**Zu § 1 Nr. 7** (§ 182 a RVO)

a) Die derzeitige Höhe der Beteiligung des Versicherten an den Arzneikosten wurde zum 1. Januar 1970 festgesetzt (Artikel 2 Nr. 7 Krankenversicherungsänderungsgesetz vom 27. Juli 1969 — BGBl. I S. 946). Zur Anpassung an die seitdem wesentlich gestiegenen Arzneimittelkosten und Einkommensverhältnisse wird der Höchstbetrag der Arzneikostenbeteiligung von 2,50 DM auf 3,50 DM erhöht.

b) Nach geltendem Recht sind bestimmte Personengruppen unbeschadet der Höhe ihres Einkommens von der Arzneikostenbeteiligung befreit. Diese Regelung ist sozialpolitisch unbefriedigend. Die Einkommensverhältnisse der Rentner haben sich durch die Rentenanpassungen der letzten Jahre erheblich verbessert. Die Renteneinkommen sind insgesamt stärker gestiegen als die Nettoeinkommen der Erwerbstätigen. Seit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz werden Krankengeld und Übergangsgeld in der Regel in der Höhe des Nettoentgelts gezahlt. Versicherte mit einer nicht nur vorübergehenden Minderung der Erwerbsfähigkeit haben nicht unbedingt einen höheren Arzneimittelbedarf und sind im allgemeinen nicht bedürftiger als andere Versicherte. Die im bisherigen § 182 a Absatz 2 RVO beschriebenen Tatbestände rechtfertigen daher nicht eine Befreiung von der Arzneimittelbeteiligung. Dagegen ist eine Beteiligung nicht gerechtfertigt, wenn wegen einer längeren Krankheit laufend Arzneimittel benötigt werden und damit eine unzumutbare finanzielle Belastung für den Versicherten eintreten kann. Die neue Vorschrift führt zu einer gegenüber dem geltenden Recht sachgerechten Regelung.

Mitversicherte Kinder bleiben auch weiterhin von der Zahlung der Arzneikostengebühr befreit. Sonstige mitversicherte Angehörige sind unter denselben Voraussetzungen wie der Versicherte von der Zahlung freigestellt.

**Zu § 1 Nr. 8** (§ 182 c RVO)

Durch die gesetzliche Festsetzung des Höchstzuschusses für Zahnersatz und Zahnkronen sollen die Aufwendungen der Krankenkassen für diese Leistungen generell auf ein finanziell vertretbares Maß zurückgeführt werden. Die Begrenzung des Eigenanteils des Versicherten auf 500 Deutsche Mark soll eine sozialpolitisch unvertretbare Belastung der Betroffenen vermeiden. Andererseits darf die Begrenzung des Eigenanteils nicht dazu führen, daß eine besonders aufwendige Ausführung des Zahnersatzes gewählt wird. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche kassenzahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sorgen dafür, daß die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Zahnersatz gewährleistet ist.

**Zu § 1 Nr. 9** (§ 182 e RVO)

Aus der Praxis ist darauf hingewiesen worden, daß kieferorthopädische Behandlungen nicht selten ohne gerechtfertigten Grund abgebrochen werden. Um das Eigeninteresse an der Fortführung der Behandlung zu wecken, wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, durch ihre Satzungen eine

Beteiligung der Versicherten an den Kosten der Behandlung vorzusehen. Diese Beteiligung darf die vorgesehene sozialpolitisch vertretbare Höhe nicht übersteigen. Die Erstattungsregelung nach Satz 2 soll einen Anreiz geben, die Behandlung entsprechend dem Behandlungsplan zu beenden und so den Behandlungserfolg sicherzustellen. Im übrigen gelten die Ausführungen zu § 182 c RVO entsprechend.

**Zu § 1 Nr. 10** (§ 184 Abs. 2 RVO)

Die Vorschrift schränkt das Recht des Versicherten, ein Krankenhaus zu wählen, auf diejenigen Krankenhäuser ein, mit denen Verträge über die Erbringung von Krankenhauspflege bestehen. Sie erstreckt damit einen Grundgedanken des Leistungsrechts im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung auch auf die Erbringung von Krankenhauspflege.

**Zu § 1 Nr. 11** (§ 185 b Abs. 2 RVO)

Die durch das Leistungsverbesserungsgesetz vom 19. Dezember 1973 (BGBl. I S. 1925) eingeführte Haushaltshilfe hat in der Öffentlichkeit Kritik in den Fällen hervorgerufen, in denen Angehörige von Versicherten für die Erfüllung einer aus der familienhaften Bindung bestehenden sittlichen Verpflichtung, Verwandten und Verschwägerten bei Krankheit Hilfe und Pflege zu leisten, eine Bezahlung zu Lasten der Versichertengemeinschaft erhalten.

Die Einschränkung der Kostenerstattung für nahe Verwandte und Verschwägerte ist daher geboten. Der letzte Halbsatz soll eine kostensparende Regelung im Einzelfall ermöglichen.

**Zu § 1 Nr. 12** (§ 187 RVO)

Die Vorschrift faßt Leistungen neu zusammen, die die Satzung der Krankenkasse vorsehen kann. Nummer 1 macht die Gewährung von Zuschüssen zu den Kosten von Kuren insbesondere vom Ergebnis vertrauensärztlicher Begutachtung abhängig. Dies wirkt ebenso wie die räumliche Eingrenzung zuschußfähiger Kuren auf den Geltungsbereich dieses Gesetzes einer Ausuferung dieser Leistung entgegen. Durch die strengeren Voraussetzungen für die Zuschußgewährung trägt die Vorschrift der verschiedentlich in der Öffentlichkeit erhobenen Kritik Rechnung, diese Leistung sei zu großzügig erbracht worden (sog. Kurlaub). Im übrigen wurde die Fassung der Nummern 2 und 3 gegenüber § 187 Nummern 2 und 4 RVO der Rechtsentwicklung angepaßt.

**Zu § 1 Nr. 13** (§ 194 Abs. 1 RVO)

Die Erstattung von geringfügigen Fahrkosten erfordert einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand. Da andererseits den Versicherten zugemutet werden kann, geringfügige Fahrkosten selbst zu tragen, sollen in diesen Fällen die Fahrkosten nicht mehr von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt werden. Durch die Satzungsermächtigung soll es den Krankenkassen ermöglicht werden, Ausnahmen für bestimmte Fallgruppen vorzusehen.

**Zu § 1 Nrn. 14, 15** (§ 195 Nr. 3, § 198 RVO)

Die Regelung in § 195 Nr. 3 RVO folgt der Neufassung des § 198 RVO.

Durch die Neuregelung in § 198 RVO soll erreicht werden, daß die Versicherte während der Schwangerschaft und nach der Geburt an den nach § 196 RVO angebotenen Vorsorgeuntersuchungen teilnimmt. Auch die Erhöhung des Pauschbetrages auf einhundert Deutsche Mark dient diesem Ziel. Durch diese Maßnahme wird ein wirtschaftlicher Anreiz geboten, die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. Sie dient ferner dazu, der noch immer hohen Säuglings- und Müttersterblichkeit entgegenzuwirken.

**Zu § 1 Nr. 16** (§ 201 Satz 2 RVO)

Die Vorschrift ersetzt § 385 Abs. 2 RVO und regelt den Grundlohn der Rentner.

**Zu § 1 Nr. 17** (§ 205 RVO)

Das Bundessozialgericht ist in seiner Rechtsprechung zur Familienhilfe von der grundsätzlichen Erwägung ausgegangen, daß dem Versicherten eines Ehegatten mit eigenem Erwerbseinkommen kein Anspruch auf Familienhilfe zusteht, wenn der Gesetzgeber diese Personen von der Versicherungspflicht freistellt und damit auf die eigene Vorsorge verweist (vgl. BSG-Urteil vom 2. Oktober 1970 — 3 RK 91/67).

Die neue Regelung trägt diesem Grundsatz Rechnung und schließt den Anspruch auf Familienhilfe in allen Fällen aus, in denen der mitverdienende Familienangehörige selbst erwerbstätig und von der Versicherungspflicht ausgenommen ist. Das ist vor allem der Fall bei Familienangehörigen, die als Beamte oder Selbständige nicht versicherungspflichtig sind.

Ferner wird zur Entlastung der Solidargemeinschaft der Anspruch auf Familienhilfe für Kinder ausgeschlossen, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Versicherten nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist, sein Gesamteinkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreitet und höher ist als das des Versicherten.

**Zu § 1 Nr. 18** (§ 223 RVO)

Die vorgesehene Möglichkeit der Krankenkassen, im Zusammenwirken mit den Ärzten die Krankheitsfälle der Versicherten zu prüfen, soll insbesondere dazu beitragen, daß unwirtschaftlicher und übermäßiger Leistungsaufwand vermieden werden kann. Das Unterrichtungsrecht der Krankenkassen soll es ermöglichen, dem Versicherten die Aufwendungen durchsichtig zu machen, die mit den für ihn erbrachten Leistungen verknüpft sind.

**Zu § 1 Nr. 19** (§ 257 a RVO)

Durch die Erweiterung der Kassenzuständigkeit sollen Rentner die Möglichkeit erhalten, nach ihrer Wahl Mitglied einer Orts- oder Ersatzkasse zu werden. Die Regelung knüpft an das Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten an, durch das Studenten und freiwillig Versicherte das Recht erhielten, ihre Krankenkasse zu wählen und verfolgt das Ziel, den Versicherten mehr Freizügigkeit einzuräumen. Da die Rentenantragstellung ein neues Versicherungsverhältnis begründet, kommt es auf eine frühere Zugehörigkeit des Rentners zum Mitgliederkreis der gewählten Ersatzkasse nicht an. Der in der Zwölften Aufbauverordnung aufgeführte Mitgliederkreis der Ersatzkassen wird entsprechend erweitert (vgl. Artikel 1 § 5).

**Zu § 1 Nr. 20** (§ 257 c RVO)

Das zu § 1 Nr. 19 Gesagte gilt entsprechend für Behinderte.

**Zu § 1 Nr. 21** (§ 312 RVO)

Die Neufassung des § 312 Abs. 2 RVO stellt klar, wann die Mitgliedschaft der versicherungspflichtigen Rentner endet. In den Fällen der Nrn. 2 und 3 ist es aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung zweckmäßig, die Mitgliedschaft mit dem Ablauf des Monats enden zu lassen, in dem die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

**Zu § 1 Nr. 22** (§ 313 RVO)

Die Änderung in Absatz 1 stellt sicher, daß sich versicherungspflichtige Rentner, deren Anspruch auf Rente endet, nach dem Ende der Mitgliedschaft freiwillig weiterversichern können.

Die Änderung in Absatz 2 Satz 1 folgt aus der Änderung in Absatz 1.

Die Frist für die Abgabe der Erklärung über die Weiterversicherung wird aus Gründen der Vereinheitlichung an die übrigen Erklärungsfristen (vgl. z. B. §§ 173 a, 257 a, 257 c, 315 b RVO) angepaßt. Die Änderung des Absatzes 2 Satz 2 folgt aus der Änderung von Satz 1.

Durch die Neufassung des Absatzes 5 Satz 1 wird die Beitragsermäßigung, die nach geltendem Recht für freiwillig versicherte Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit und Entwicklungshelfer besteht, auf alle freiwillig Versicherten erstreckt, die nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben. Damit wird der begünstigte Personenkreis u. a. auf Beamte der Polizei, des Bundesgrenzschutzes und der Feuerwehr erweitert.

**Zu § 1 Nr. 23** (§ 315 a RVO)

Die Neufassung des Absatzes 1 Satz 1 ist eine Folgeänderung des § 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO.

Die Neufassung des Absatzes 2 Satz 2 dient der Klarstellung.

Mit der Änderung des Absatzes 3 wird die Kassenzuständigkeit für die in § 315 a RVO angesprochenen Rentenantragsteller in gleicher Weise geregelt wie für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO bezeichneten Versicherten.

**Zu § 1 Nr. 24** (§ 315 b RVO)

Nach geltendem Recht haben auch solche Rentenantragsteller, die anderweitig (z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder in der privaten Krankenversicherung) gegen die wirtschaftlichen Risiken der Krankheit gesichert sind, während der Laufzeit des Rentenantrages Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten. Zwar werden ihnen die Beiträge zurückgezahlt, die sie vom Beginn der Rente bis zur Zustellung des die Rente gewährenden Bescheids geleistet haben. Gleichwohl wird diese Regelung als unbefriedigend angesehen.

Diejenigen Rentenantragsteller, die bis zur Rentenantragstellung anderweitig beitragsfrei versichert waren, wenden sich dagegen, daß sie nunmehr Beiträge zu zahlen haben. Andere Rentenantragsteller halten wegen der Ungewißheit über den Ausgang des Rentenverfahrens ihre private Krankenversicherung aufrecht und sind deshalb mit doppelten Beiträgen belastet. Doppelte Beitragszahlungen — ohne Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung (§ 381 Abs. 3 RVO) — kommen auch vor, wenn ein in der privaten Krankenversicherung versicherter Rentenantragsteller seine Rente vor dem Tag beantragt hat, von dem an sie ihm zusteht. Um der berechtigten Kritik Rechnung zu tragen, sollen Rentenantragsteller nunmehr erklären können, daß ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung erst dann beginnt, wenn die Rente bewilligt ist. Geben sie eine derartige Erklärung ab, brauchen sie als Rentenantragsteller keine Beiträge zu zahlen; sie sind allerdings während dieser Zeit auch nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.

**Zu § 1 Nr. 25** (§ 317 RVO)

Folgeänderung aus § 1 Nr. 19 (§ 257 a Abs. 1 Satz 2 und Absatz 4 a RVO).

**Zu § 1 Nrn. 26 und 27** (§ 319 a RVO)

Die Krankenkassen sollen gesetzlich beauftragt werden, ein Mitgliederverzeichnis zu führen, damit alle für die Durchführung der Versicherung notwendigen Daten — auch die der mitversicherten Familienangehörigen — erfaßt und verfügbar sind. Wegen der Weiterentwicklung der Krankenversicherung in den letzten Jahren ist dies unumgänglich geworden. Bei der Führung des Mitgliederverzeichnisses und der Erfassung der für die Durchführung der Versicherung notwendigen personenbezogenen Daten ist besondere Sorgfalt auf die Beachtung des Datenschutzes zu legen, da es sich gerade bei Angaben über gesundheitliche Verhältnisse um höchstpersönliche Rechtsgüter der Versicherten

handelt. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat aufgrund der Ermächtigung zum Erlaß einer Rechtsverordnung über Inhalt und Form des Mitgliederverzeichnisses die Möglichkeit, hierauf einzuwirken. Die Rechtsverordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates.

**Zu § 1 Nr. 28** (§ 368 a Abs. 8 RVO)

Den Krankenhausfachärzten soll unter der Voraussetzung, daß dadurch die stationäre Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt wird und ein Bedürfnis besteht, eine Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermöglicht werden. Die dienstrechtlichen Voraussetzungen einer solchen Tätigkeit im Verhältnis von Arzt und Krankenhausträger bleiben unberührt. Bei dieser Regelung wird davon ausgegangen, daß auch freipraktizierenden Kassenärzten in größerem Maße als bisher von den zuständigen Stellen die Möglichkeit belegärztlicher Tätigkeit eingeräumt wird.

**Zu § 1 Nr. 29** (§ 368 c Abs. 2 Nr. 11)

Folgeänderungen zu § 1 Nr. 28; ferner soll durch die Ergänzung des § 368 c Abs. 2 Nr. 11 insbesondere ermöglicht werden, in bestimmten Zeitabständen zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Beteiligung des Krankenhausarztes noch vorliegen.

**Zu § 1 Nr. 30 (§ 368 f RVO)**

Die Ergänzung des Absatzes 1 Satz 1 ist eine Folgerung aus dem neugefaßten Absatz 2.

Absatz 2 bestimmt, daß die Höhe der Gesamtvergütung und die Art der Berechnung durch die Vertragspartner der Gesamtverträge vereinbart werden soll. Die Regelung verdeutlicht, daß die Gesamtvergütung entweder als Festbetrag oder nach den bereits im geltenden Recht in § 368 f Abs. 2 und 3 eröffneten Systemen berechnet werden kann.

Absatz 3 trifft eine Regelung für die Anpassung der Gesamtvergütungen. Dabei sind die im Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung dargelegten einkommensrelevanten volkswirtschaftlichen Eckwerte der Jahresprojektion zu berücksichtigen. Es soll weder allein das Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit noch das Bruttoeinkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen herangezogen werden. Aus diesem Grund soll das Volkseinkommen je Kopf der Bevölkerung als Orientierungsgröße zusätzlich mit berücksichtigt werden. Der Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung wird daher zu den vorhandenen Daten künftig das Volkseinkommen je Kopf der Bevölkerung ausweisen, um hierdurch einen weiteren gesamtwirtschaftlich orientierten Maßstab für die Vereinbarung über die Gesamtvergütung zur Verfügung zu stellen.

Die Regelung in Absatz 4 soll durch gemeinsame und einheitliche Empfehlungsvereinbarungen der Spitzenorganisationen der Kassenärzte und Krankenkassen und — getrennt hiervon — ebenso der Spitzenorganisationen der Kassenzahnärzte und Krankenkassen eine Orientierung der Partner der Gesamtverträge unter Beachtung der in Absatz 3 beschriebenen Kriterien sichern. Damit wird an die bereits von der Selbstverwaltung geübte Praxis angeknüpft. Absatz 6 schreibt mit der Zielsetzung einer von therapeutischer und wirtschaftlicher Notwendigkeit geleiteten Begrenzung der Arzneimittelverordnungen einen Höchstbetrag für einen im Gesamtvertrag zu vereinbarenden Zeitraum vor. Die Verordnung über Preisspannen für Fertigarzneimittel ist zu beachten. Den Vertragspartnern bleibt vorbehalten, inwieweit und in welcher Weise eine Überschreitung zu Lasten der von den Kassenärzten zu beanspruchenden Gesamtvergütung für die kassenärztlichen Leistungen gehen soll. Die hierbei vorgesehene Toleranzgrenze von 5 v. H., bis zu der der Höchstbetrag ohne Anrechnung auf die Gesamtvergütungen überschritten werden darf, soll ausreichenden Spielraum bieten, um nicht voraussehbare Aufwendungen aufzufangen. Darüber hinaus ist eine in einem regionalen Vertragsbereich infolge einer unvorhergesehenen und allgemeinen erheblichen Zunahme der Krankheitshäufigkeit (z. B. Grippeepidemie) entstandene Überschreitung nicht anzurechnen. Für den Fall, daß eine Kürzung der Gesamtvergütungen vereinbart werden muß, muß die hierdurch entstehende Belastung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung, der die Kassenärzte als Mitglieder angehören, sachgerecht verteilt werden, zumal diese Körperschaften ohnehin verpflichtet sind, auch die wirtschaftliche Verordnungsweise zu prüfen und zu gewährleisten (§ 368 n Abs. 5 RVO). Damit wird die Durchführung dieses Ausgleichs in die Hände der Kassenärzte gegeben, damit es keine gesundheitspolitisch nachteiligen Folgen hat. Diese Regelung schließt außerdem das Erfordernis ein, daß die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen das notwendige Prüfungsmaterial zur Verfügung stellen, wobei davon ausgegangen wird, daß dies ohne hohen Verwaltungsaufwand geschieht.

Für die Anpassung des Höchstbetrages sieht Absatz 7 vor, daß die Spitzenorganisationen eine Empfehlung zur Orientierung der Vertragspartner abzugeben haben.

Diese Regelung schließt auch die Verordnung neu auf den Markt kommender Arzneimittel ein.

**Zu § 1 Nr. 31** (§ 368 g RVO)

Der neugefaßte § 368 g ändert im Interesse einer Konzentration der Verhandlungskompetenzen der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen das Vertragssystem der kassenärztlichen Versorgung. In Abweichung zum bisherigen Recht, das eine Dreistufigkeit von Gesamtverträgen auf Kassenebene, Landesmantelverträgen auf Landesebene und Bundesmantelverträgen auf Bundesebene vorsieht, ist die kassenärztliche Versorgung nunmehr durch Gesamtverträge auf Landesebene und — auf den allgemeinen Inhalt bezogen — auf Bundesebene durch Bundesmantelverträge zu regeln. Die Möglichkeit von Gesamtverträgen auf Bundesebene mit Delegationsbefugnis bleibt hin-

sichtlich der Einbeziehung solcher Krankenkassen bestehen, deren Bereich sich über den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt. Die besondere Regelung des § 74 Abs. 2 KVLG bleibt unberührt.

In Ergänzung der in § 368 f getroffenen Vergütungsregelung sieht § 368 g in Absatz 4 einen bundeseinheitlichen Bewertungsmaßstab als für alle Kassenarten verbindliches Leistungsverzeichnis kassenärztlicher Leistungen vor.

Absatz 5 schreibt vor, daß die „Herstellungskosten bei Zahnersatz und Zahnkronen", d. h. insbesondere die Material- und Laboratoriumskosten, Bestandteil der für die zahnärztlichen Leistungen maßgeblichen Vergütung sein sollen. Sie sind damit ein Gegenstand der Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung mit der Folge, daß der Zahnarzt auch auf eine wirtschaftliche Auswahl zahntechnischer Leistungen bei Einschaltung von Zahntechnikern hinwirken soll. Hierbei soll erreicht werden, daß die Zahntechniker in die vertraglichen Regelungen einbezogen werden.

Absatz 6 entspricht dem bisherigen Absatz 4 und sieht zusätzlich eine Regelung vor, um eine angemessene Vergütung belegärztlicher Maßnahmen zu sichern, die auch die Berücksichtigung der Verschiedenartigkeit der erbrachten Leistungen ermöglicht.

**Zu § 1 Nr. 32** (§ 368 h Abs. 1 RVO)

Durch die Einfügung in Satz 1 werden die Vereinbarungen über die Bewertungsmaßstäbe von der Schiedsfähigkeit ausgenommen, da für diese Vereinbarungen ein besonderes Entscheidungsverfahren bei Nichteinigung vorgesehen ist.

**Zu § 1 Nr. 33** (§ 368 i RVO)

Die Änderung des Absatzes 4 ist eine Folgeänderung aus der Neufassung des § 368 g RVO durch § 1 Nr. 31. Die Einfügung in den Absätzen 6 und 7 ist redaktioneller Art.

Der neue Absatz 8 regelt die Bildung und Besetzung der Bewertungsausschüsse; für die Einbeziehung der Ersatzkassenverbände und der Bundesknappschaft sind in Artikel 1 § 1 Nr. 51 und in Artikel 1 § 2 Regelungen getroffen. Absätze 9 und 10 regeln das Verfahren bei Nichteinigung über die Bewertungsmaßstäbe in Anlehnung an das für die Gesamtverträge und Bundesmantelverträge geltende Schiedsverfahren.

**Zu § 1 Nr. 34** (§ 368 n RVO)

Die Ergänzung in Absatz 2 erweitert den Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten (z. B. Soldaten, Zivildienstleistende) und die dort genannten weiteren Untersuchungen als Pflichtaufgabe und sieht dafür eine Vergütungsregelung vor.

Die Änderung in den Buchstaben b, c und d sind Folgeänderungen aus § 1 Nr. 30 und 31.

Die Regelung in Absatz 8 gibt den Kassenärztlichen Vereinigungen als allgemeine Verpflichtung auf, auf eine wirtschaftliche Erbringung medizinisch-technischer Leistungen (z. B. Laboratoriumsuntersuchungen) hinzuwirken. Darüber hinaus sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen auch ermöglichen, solche Leistungen von Gemeinschaftseinrichtungen niedergelassener Ärzte zu beziehen, wenn dabei medizinischen Erfordernissen genügt wird.

**Zu § 1 Nr. 35** (§ 368 p Abs. 1 RVO)

Die Ergänzung in Absatz 1 soll klarstellen, daß insbesondere in den Arzneimittelrichtlinien für die Kassenärzte im Interesse einer wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung auch Regelungen über einen Preisvergleich für Arzneimittel verbindlich werden sollen, die jedoch keinen bewertenden Charakter haben sollen. Dabei wird davon ausgegangen, daß bis zur Erstellung von Preisvergleichen durch die beim Bundesgesundheitsamt gebildete Kommission auch andere Transparenzlisten herangezogen werden können.

Satz 2 bestimmt für die Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen einen Regelungsauftrag hinsichtlich der Arzneimittelrichtlinien in Korrespondenz zur Vorschrift des § 1 Nr. 6, wonach Arzneimittel für geringfügige Gesundheitsstörungen von der Verordnung auf Kassenkosten ausgenommen werden können oder nur unter besonderen Voraussetzungen verordnet werden sollen. Maßgeblich ist jedoch in jedem Falle, sowohl für eine allgemeine Beurteilung als auch für eine Beurteilung im Einzelfalle, die Zumutbarkeit für die Versicherten. Diese Regelung schränkt die Therapiefreiheit nicht ein. Dies gilt auch für die Verordnung von Naturheilmitteln, die gerade auch bei nicht geringfügigen Gesundheitsstörungen notwendig sein können. Deshalb hat der Bundesausschuß für die Richtlinien zu beachten — und insoweit ist dem auch bei der Prüfung der Richtlinien nach § 368 p Abs. 2 RVO durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Rechnung zu tragen —, daß bestimmte Arzneimittelgruppen nicht einseitig benachteiligt werden dürfen (z. B. Phytotherapeutika, Homöopathika und Arzneimittel der anthroposophischen Medizin).

**Zu § 1 Nr. 35 a** (§ 368 q Abs. 3 RVO)

Folgeänderung aus § 1 Nr. 12.

**Zu § 1 Nr. 36** (§§ 371 und 372)

§§ 371 und 372 regeln die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern auf der Grundlage eines Vertragssystems über die Sicherstellung der Krankenhauspflege. Der Abschluß der erforderlichen Verträge obliegt den Landesverbänden der Krankenkassen. Der Abschluß kann nur abgelehnt werden, wenn eine wirtschaftliche Lei-

stungserbringung nicht zu erwarten ist und die Ziele des Krankenhausbedarfsplanes gefährdet werden. Außerdem ist die Zustimmung der Aufsichtsbehörde des Landesverbandes erforderlich, die sich in der Regel vor einer Entscheidung mit der für die Aufstellung des Krankenhausbedarfsplanes zuständigen Landesbehörde in Verbindung setzen wird. Das Verfahren für die Festsetzung der Pflegesätze ist im Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung des § 4 Nr. 10 dieses Gesetzes geregelt. Der Vertrag über die Höhe der Pflegesätze ist von dem Vertrag nach § 372 unabhängig.

In § 372 Satz 2 ist klargestellt, daß in dem Vertrag auch Vereinbarungen über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung getroffen werden können. Es handelt sich dabei nur um solche Fälle, in denen Krankenhauspflege nach §§ 184 und 184 a vom Kassenarzt angeordnet worden ist.

**Zu § 1 Nr. 37** (§ 381 RVO)

§ 381 Abs. 4 wird aus systematischen Gründen gestrichen. Die Gewährung des Beitragszuschusses ist eine Leistung der Rentenversicherung und gehört daher in das Vierte Buch der RVO (siehe dort § 1304 e).

**Zu § 1 Nr. 38** (§ 385 RVO)

Nach geltendem Recht sollten die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten 10,98 v. H. ihrer Rentenausgaben als Beitrag zur Krankenversicherung der Rentner zahlen. Tatsächlich lag aber die Summe der nach § 385 Abs. 2 und 3 RVO geleisteten Beiträge der Träger der Rentenversicherung in den letzten Jahren erheblich über dem vom Gesetzgeber festgelegten Beitragsanteil, den die Träger der Rentenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner zahlen sollten. Die nach § 393 a RVO zu erlassenden Rechtsverordnungen für die Jahre 1971 bis 1976, mit denen die Überzahlungen zu korrigieren sind, wurden bisher nicht erlassen. Die Verpflichtung hierzu wird durch Artikel 2 § 10 aufgehoben, so daß den Trägern der Krankenversicherung die ihnen seit 1971 zugeflossenen Überzahlungen verbleiben.

Um künftig Über- oder Unterzahlungen der Träger der Rentenversicherung an die Träger der Krankenversicherung zu vermeiden, und um den auf die Rentenversicherung entfallenden Anteil der Kosten der Krankenversicherung der Rentner kalkulierbar zu machen, wird der Anteil, den die Rentenversicherung für die Krankenversicherung aufzubringen hat, auf 11,7 v. H. der Rentenbeträge festgeschrieben. Da mit diesem Betrag die Kosten für die Krankenversicherung aller Rentner abgedeckt sein sollen, sind darin die Beitragszuschüsse für freiwillig oder privat versicherte Rentner und an bei Inkrafttreten des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte rentenberechtigte Landwirte und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen, die Beiträge für als Altenteiler versicherte Rentner und die Erstattungen für solche Beiträge enthalten, die die Bundesanstalt für Arbeit für die Krankenversicherung eines als Arbeitsloser versicherten Rentners geleistet hat.

Nach Abzug dieser Zuschußleistungen beträgt der auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallende Anteil an dem Volumen der Rentenversicherung derzeit 11 v. H. Damit bleibt der nach geltendem Recht der Krankenversicherung zustehende Anteil an den Rentenausgaben erhalten. Sollte sich der Anteil der pflichtversicherten Rentner an der Zahl aller Rentner verringern, so mindert sich der Anteil der Krankenversicherung am Volumen der Rentenversicherung entsprechend.

**Zu § 1 Nr. 39** (§ 389 Abs. 2 RVO)

Das Bundessozialgericht geht davon aus, daß die Garantiehaftung der Gemeindeverbände nach § 389 Abs. 2 RVO nicht verfassungsmäßig ist (vgl. BSG vom 24. Mai 1972, Band 34, S. 177 ff). Eine gesetzliche Neuregelung in diesem Bereich ist daher erforderlich. Die bisherige Regelung der Garantiehaftung hat nicht dazu geführt, daß die Beitragsentwicklung bei den Ortskrankenkassen günstiger verlaufen ist als bei den Krankenkassen, die keinen Gewährträger haben. Die Garantiehaftung stellt also kein geeignetes Mittel dar, um die Finanzierung der Krankenversicherung zufriedenstellend zu steuern und zu ordnen. Hinzu kommt, daß die Ortskrankenkassen Selbstverwaltungskörperschaften mit eigener Finanzhoheit sind, denen der Bund zwar durch Gesetze Aufgaben zuweisen kann, auf deren Ausführung er jedoch keinen Einfluß hat. Der Einfluß der Aufsichtsbehörde ist weitgehend auf die Ausübung der Rechtsaufsicht beschränkt. Nach alledem ist es geboten, die Garantiehaftung nach § 389 Abs. 2 Satz 2 RVO durch die Verpflichtung zu ersetzen, die Beiträge durch Satzungsänderung in der erforderlichen Höhe zu bestimmen, falls eine Vereinigung nicht möglich ist oder trotz der Vereinigung die Beiträge für die Regelleistungen nicht ausreichen.

Durch die Einführung eines abgestuften Finanzausgleichs unter den Mitgliedskassen eines Landesverbandes (vgl. § 1 Nr. 44) werden der Selbstverwaltung künftig bessere Möglichkeiten zur Überwindung finanzieller Schwierigkeiten einzelner Krankenkassen geboten.

**Zu § 1 Nrn. 40 bis 42** (§§ 393 a bis 393 c RVO)

Die neuen Vorschriften regeln die Zahlung und Verteilung der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner und den Ausgleich der unterschiedlichen Belastung aus der Krankenversicherung der Rentner unter den Krankenkassen und Ersatzkassen (§§ 393 a und 393 b RVO).

Das Nähere über die Durchführung dieser Regelungen soll der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung bestimmen (§ 393 c RVO).

**Zu § 1 Nr. 40** (§ 393 a RVO)

Die Zahlungen der Beiträge der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner sind wie bisher monatlich zu leisten, um die Liquidität der Kassen nicht zu gefährden.

Die Grundsätze über die Verteilung der Beiträge ergeben sich aus § 393 b RVO.

**Zu § 1 Nr. 41** (§ 393 b RVO)

Um die unterschiedlichen Belastungen der Krankenkassen durch die von ihnen zu tragenden Aufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner gleichmäßig zu verteilen, sieht die Vorschrift einen Ausgleich vor. Der Ausgleich wird in einem einstufigen Verfahren mit den Beiträgen der Träger der Rentenversicherungen zu der Krankenversicherung der Rentner und den Finanzierungsanteilen der Krankenkassen und Ersatzkassen durchgeführt. Damit jeder Beitragszahler den gleichen Anteil an der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner mitträgt, wird der Finanzierungsanteil als Vomhundertsatz des Grundlohns ausgedrückt und ermittelt. Für die Berechnung des Finanzierungsanteils sind die gesamten Leistungsaufwendungen der Krankenversicherung der Rentner, mit Ausnahme des Sterbegeldes, zu ermitteln und davon die Einnahmen aus den Beiträgen der Träger der Rentenversicherung abzuziehen. Der verbleibende Finanzierungsanteil der Krankenversicherung ist in Beziehung zu setzen zur Grundlohnsumme der Mitglieder aller Kassen mit Ausnahme der Rentner, Studenten und Praktikanten. Aus dem so ermittelten Vomhundertsatz des Grundlohns ergibt sich der Finanzierungsanteil, den jede Krankenkasse mit den Beiträgen für die versicherten Beitragszahler aufzubringen hat. Studenten und Praktikanten sind nicht zu berücksichtigen, weil sich ihre Beiträge nach einem gesetzlich vorgeschriebenen Beitragssatz richten und sie deshalb am Solidarbeitrag für die Krankenversicherung der Rentner nicht beteiligt werden können.

Sind die Leistungsaufwendungen der Kasse für ihre Rentner höher als der Finanzierungsanteil, so hat sie in Höhe des Unterschiedsbetrages Anspruch auf Beiträge der Rentenversicherungsträger nach § 381 Abs. 2 RVO und auf die Finanzierungsanteile der Kassen, deren Leistungsaufwendungen geringer sind als der Finanzierungsanteil. Andererseits haben die Kassen, bei denen der Finanzierungsanteil den Leistungsaufwand übersteigt, den überschießenden Betrag für die Kassen zur Verfügung zu stellen, bei denen der Finanzierungsanteil und die Beiträge der Rentenversicherung zur Deckung der Leistungsaufwendungen für Rentner nicht ausreichen. Durch den Ausgleich werden die überdurchschnittlich belasteten Kassen von solchen Kassen, deren Aufwendungen unter dem Durchschnitt aller Kassen liegen, entlastet.

Der Ausgleich soll im Wege der Verrechnung mit den von den Krankenkassen einzuziehenden Beiträgen zur Rentenversicherung durchgeführt werden. Da der Vomhundertsatz des Grundlohnes, aus dem sich der Finanzierungsanteil ergibt, den einzelnen Krankenkassen nicht bekannt ist, wird er vom Bundesversicherungsamt jährlich berechnet und veröffentlicht. Um bei der vorgesehenen monatlichen Beitragszahlung schon während des laufenden Geschäftsjahres dem endgültigen Vomhundertsatz nahezukommen, wird er auf Grund der letzten Geschäftsergebnisse vom Bundesversicherungsamt geschätzt und bekanntgegeben. Nach Bekanntgabe dieses Vomhundertsatzes können die Kassen die an sie zu leistenden oder von ihnen zu fordernden Beträge selbst ermitteln. Sie verrechnen den ihnen zustehenden Anteil an dem Gesamtbetrag für die Krankenversicherung der Rentner mit den von ihnen eingezogenen Rentenversicherungsbeiträgen und leiten überschießende Beträge an die Rentenversicherung weiter. Sobald die endgültigen Geschäftsergebnisse für das abgelaufene Kalenderjahr vorliegen, werden die Differenzbeträge zwischen den im laufenden Geschäftsjahr erzielten und den endgültigen Ergebnissen ausgeglichen.

Das beschriebene einstufige Verfahren vermeidet eine unnötige Verschiebung von Finanzmitteln und die Schaffung einer Ausgleichsstelle. Durch die Beauftragung des Bundesversicherungsamtes mit der Durchführung des Ausgleiches entstehen für die Kassen keine Verwaltungskosten.

Der Finanzausgleich führt dazu, daß alle Krankenkassen und Ersatzkassen gleichmäßig an der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner beteiligt werden.

**Zu § 1 Nr. 42** (§ 393 c RVO)

Die Regelung der Einzelheiten des Verfahrens in einer Rechtsverordnung gewährleistet ihre Flexibilität. Um die Berechnungen durchführen und Einzelheiten des Ausgleichsverfahrens regeln zu können, benötigt das Bundesversicherungsamt entsprechende Angaben der Kassen und der Träger der Rentenversicherungen.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird deshalb ermächtigt, den Kassen und den Trägern der Rentenversicherungen durch Rechtsverordnung weitere Meldepflichten aufzuerlegen.

**Zu § 1 Nr. 43** (§ 393 d RVO)

Redaktionelle Änderung.

**Zu § 1 Nr. 44** (§ 414 b Abs. 2 a RVO)

1. Folgeänderung aus § 1 Nr. 31.
2. Die Vorschrift sieht einen abgestuften Finanzausgleich unter den Kassen einer Kassenart innerhalb eines Landesverbandes vor. Dieser soll dazu führen, daß sich die Beiträge der Versicherten einer Kassenart innerhalb einer Region — unter Wahrung der Selbstverwaltung der Kassen — nach möglichst einheitlichen Beitragssätzen richten. Um das zu erreichen, wird ein durchschnittlicher Bedarfssatz ermittelt. Kas-

sen, bei denen der Bedarfssatz den Durchschnitt wesentlich übersteigt, sollen aus einer Umlage der anderen Kassen entlastet werden.

Damit sparsam wirtschaftende Kassen vermeidbare Aufwendungen anderer Kassen nicht finanzieren müssen, fließen in den Bedarfssatz keine Leistungen ein, deren Gewährung im Ermessen der Kassen steht. Außerdem bleiben Leistungen, für die die Kassen Anspruch auf Erstattung haben und die durch §§ 393 a bis 393 b RVO bereits ausgeglichenen Aufwendungen für Rentner außer Betracht.

Die Selbstverwaltung kann einen Ausgleich schon vorsehen, wenn nur eine Kasse einen überdurchschnittlichen Bedarfssatz aufweist. Erst wenn eine Kasse einen den durchschnittlichen Bedarfssatz um mehr als 15 v. H. übersteigenden Bedarfssatz benötigt, wird der Ausgleich zur Pflicht.

Wenn die Kassen von der im Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871) (§ 414 b Abs. 2 RVO) eingeräumten Möglichkeit zum Ausgleich — insbesondere für aufwendige Leistungsfälle — Gebrauch machen, wird es voraussichtlich nicht zu Beitragssatzabweichungen innerhalb einer Region kommen, die den nunmehr vorgesehenen Finanzausgleich erforderlich machen. Die Einzelheiten des Ausgleichs, insbesondere die Höhe der Umlage bestimmt die Selbstverwaltung.

**Zu § 1 Nr. 45** (§ 478 Abs. 2 RVO)

Folgeänderung aus § 1 Nr. 22 (§ 313 Abs. 2 RVO).

**Zu § 1 Nr. 46** (§ 507 RVO)

Folgeänderung aus § 1 Nr. 6 (§ 182 RVO).

**Zu § 1 Nr. 47** (§ 509 a RVO)

Die Ermächtigung der Ersatzkassen zur Erhebung einer Umlage, die zu einer gleichmäßigen Verteilung der Belastungen aller Ersatzkassen führen soll, folgt der Regelung in § 414 b Abs. 2 RVO für die übrigen Krankenkassen.

**Zu § 1 Nr. 48** (§ 514 RVO)

In § 514 Abs. 2 und 3 RVO werden die das Mitgliedschaftsverhältnis und die Beitragsregelungen betreffenden notwendigen Anpassungen des Ersatzkassenrechtes an das Recht der allgemeinen Krankenversicherung zusammengefaßt.

Die Änderung des Absatzes 3 stellt sicher, daß die Ersatzkassen verpflichtet sind, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zu beachten.

§ 514 Abs. 3 RVO wird an die Neuregelung in § 313 Abs. 1 RVO (vgl. Nr. 22) angeglichen.

**Zu § 1 Nr. 49** (§ 515 RVO)

Der Inhalt des bisherigen § 515 RVO wurde in die Neufassung des § 514 Abs. 2 RVO übernommen.

**Zu § 1 Nr. 50** (§ 516 a RVO)

Die Verpflichtung zur Führung eines Mitgliederverzeichnisses gilt durch die Verweisung auf § 319 a RVO auch für Ersatzkassen.

**Zu § 1 Nr. 51** (§ 525 c RVO)

Durch diese Regelungen werden für die Ersatzkassen die Vergütungsvorschriften, die für die kassenärztliche Versorgung maßgeblich sind, für anwendbar erklärt (§ 525 c Abs. 2). Ferner wird die Mitwirkung der Ersatzkassenverbände bei der Besetzung und dem Verfahren der Bewertungsausschüsse gesichert. Ebenso gelten die für die RVO-Krankenkassen maßgeblichen Vorschriften über die Krankenhauspflegeverträge (Absatz 4).

**Zu § 2** (§ 204 a RKG)

Übernahme der Bestimmungen des Kassenarztrechts der RVO für die Vereinbarung von Vergütungsregelungen für die knappschaftliche Krankenversicherung, soweit die ärztliche/zahnärztliche Versorgung durch Kassenärzte/Kassenzahnärzte erfolgt, sowie der Vorschrift über die Krankenhauspflegeverträge.

**Zu § 3**

Mit diesen Vorschriften wird das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte den Änderungen der Reichsversicherungsordnung angepaßt.

**Zu § 3 Nr. 1** (§ 3 KVLG)

Folgeänderung der Neuabgrenzung des Personenkreises in § 1 Nr. 1 (§ 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO)

**Zu § 3 Nr. 2** (§ 4 KVLG)

Folgeänderung der Streichung des § 381 Abs. 4 RVO und der Neuregelung in § 1304 e RVO. Da die Neuregelung in § 1304 e RVO den Besonderheiten der Krankenversicherung der Landwirte nicht Rechnung trägt, mußte eine Bezugsgröße für den von der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu zahlenden Beitragszuschuß gefunden werden. Dieser Betrag entspricht ungefähr dem bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nach § 1304 e RVO zu zahlenden durchschnittlichen Beitragszuschuß. Er ist in gleichem Umfang wie die Bezugsgröße dynamisiert (vgl. § 18 Sozialgesetzbuch — Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung).

**Zu § 3 Nr. 3** (§ 6 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 4 (§ 176 b RVO)

**Zu § 3 Nr. 4** (§ 11 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 12 (§ 187 RVO)

**Zu § 3 Nr. 5** (§ 13 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 6 (§ 182 RVO)

**Zu § 3 Nr. 6** (§ 14 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 7 (§ 182 a RVO)

**Zu § 3 Nr. 7 Buchst. a** (§ 16 Abs. 1 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 8 (§ 182 c RVO)

**Zu § 3 Nr. 7 Buchst. b** (§ 16 Abs. 4 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 9 (§ 182 e RVO)

**Zu § 3 Nr. 8** (§ 17 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 10 (§ 184 RVO)

**Zu § 3 Nr. 9** (§ 21 b KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 13 (§ 194 RVO)

**Zu § 3 Nr. 10** (§ 22 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 14 (§ 195 RVO)

**Zu § 3 Nr. 11** (§ 25 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 15 (§ 198 RVO)

**Zu § 3 Nr. 12** (§ 32 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 17 (§ 205 RVO) mit der Abweichung, daß der Ertrag des landwirtschaftlichen Unternehmens grundsätzlich nicht mehrfach zur Beitragsleistung herangezogen werden soll.

**Zu § 3 Nr. 13** (§ 33 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 17 Buchst. b Satz 2 (§ 205 Abs. 1 Satz 3 RVO)

**Zu § 3 Nr. 14** (§ 36 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 11 (§ 185 b RVO)

**Zu § 3 Nr. 15** (§ 43 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 18 (§ 223 RVO)

**Zu § 3 Nr. 16** (§ 49 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 21 (§ 312 RVO)

**Zu § 3 Nr. 17** (§ 49 c KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 24 (§ 315 b RVO)

**Zu § 3 Nr. 18** (§ 63 KVLG)

Folgeänderung der Streichung des § 381 Abs. 4 RVO und der Neuregelung in § 1304 e RVO

Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung sollen die Träger der Rentenversicherung die Höhe ihres Beitragsanteils für die Krankenversicherung der rentenberechtigten Altenteiler mit rechtlicher Verbindlichkeit feststellen.

**Zu § 3 Nr. 19** (§ 65 KVLG)

Anpassung des Vergleichsbeitrages an § 1 Nr. 5 (§ 180 RVO)

**Zu § 3 Nr. 20** (§ 76 KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 36 (§§ 371, 372 RVO)

**Zu § 3 Nr. 21** (§ 94 KVLG)

Folgeänderung der Streichung des § 381 Abs. 4 und der Neuregelung in § 1304 e RVO. Für die Bestimmung der Bezugsgröße gilt das unter § 3 Nr. 2 Ausgeführte.

**Zu § 3 Nr. 22** (§ 95 KVLG)

Folgeänderung der Streichung des § 381 Abs. 4 RVO und der Neuregelung in § 1304 e RVO.

**Zu § 4 Nr. 1** (§ 2 KHG)

Mit der Änderung wird klargestellt, daß im Rahmen einer notwendigen Krankenhausbehandlung auch Leistungen der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung erbracht werden können und daß die Kosten über Pflegesätze abzurechnen sind. Davon bleibt diejenige vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung unberührt, die aufgrund eigener vertraglicher Beziehungen zwischen angestellten Ärzten und Patienten erbracht wird.

**Zu § 4 Nr. 2** (§ 6 KHG)

Die Länder haben nach geltendem Recht die Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Lande bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues lediglich anzuhören. In Zukunft haben sie das Benehmen mit ihnen herzustellen. Beim Jahreskrankenhausbauprogramm sind die Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zu hören. Bei der Aufstellung dieses Programms war deren Beteiligung bisher nicht vorgesehen. Gerade dieses Programm ist für die Beteiligten wichtig, um die aus den Investitionen entstehenden Folgen für die Pflegesätze überschaubar zu machen und ihre Auswirkungen möglichst gering zu halten.

Bei der Aufstellung und Anpassung der Krankenhausbedarfspläne soll eine angemessene Berücksichtigung belegärztlicher Tätigkeit vorgesehen werden. Der Bund hat auf die Umsetzung der Bedarfspläne keinen Einfluß. Er ist jedoch der Ansicht, daß die Länder darauf hinwirken, bei ihren Maßnahmen zur Durchsetzung der Bedarfspläne die belegärztliche Tätigkeit zu fördern. Allerdings dürfen die daraus entstehenden Kosten nicht außer Verhältnis zu den Kosten stehen, die bei Krankenhauspflege aus dem Pflegesatz für die ärztliche Behandlung berechnet werden würden (vgl. Artikel 1 § 1 Nr. 31 Buchstabe a Abs. 6).

Bei der Ausstellung und Anpassung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme sind eine Reihe von Kriterien zu beachten. Vor allem sind bereits bei den Planungen auch Folgekosten zu berücksichtigen. Durch die Berücksichtigung der im Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung abgestimmten Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser wird ferner eine stärkere länderübergreifende Koordinierung erreicht. Ergänzend sind auch die Bedarfspläne der ambulanten Versorgung sowie die die Krankenhäuser entlastenden Einrichtungen zu berücksichtigen.

**Zu § 4 Nr. 3** (§ 7 KHG)

Dem bisherigen Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gehören die beteiligten Bundesressorts und die zuständigen obersten Landesbehörden an. Wegen der stärkeren Beteiligung bei der Krankenhausbedarfsplanung und der Erhöhung der Verantwortung für die Pflegesätze werden die Träger der Krankenkassen und Krankenhäuser in den Ausschuß aufgenommen. Sachverständige aus den Krankenhausberufen, die bisher im Beirat zu beteiligen waren, sowie die kommunalen Spitzenverbände und der Verband der privaten Krankenversicherung erhalten ein Anhörungsrecht. Der bisher nach § 7 Abs. 4 KHG vorgesehene Beirat erübrigt sich.

**Zu § 4 Nr. 4** (§ 8 KHG)

Mit der vorgesehenen Auflage nach Absatz 2 soll vermieden werden, daß nur im Interesse der Lehre Bettenkapazitäten an Hochschulkliniken vorgehalten oder zusätzlich geschaffen werden, obgleich im Einzugsbereich hinreichend Bettenkapazitäten zur Verfügung stehen, die für Lehraufgaben geeignet sind. Um die notwendige Ausbildungskapazität möglichst kostengünstig zu erhalten, müssen mehr als bisher allgemeine Krankenhäuser in angemessenem Umfang zu Lehraufgaben herangezogen werden können. Der Hinweis auf die Approbationsordnung stellt klar, in welchem Rahmen Lehraufgaben übertragen werden und sich damit Bedingungen und Auflagen nach § 8 bewegen können.

Die mit der Übernahme von Lehraufgaben verbundenen Investitionskosten werden im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau auf der Grundlage des Hochschulbauförderungsgesetzes bereitgestellt. Anfallende zusätzliche Personal- und Sachkosten werden entsprechend der bisherigen Praxis durch Vereinbarung der Länder mit den Krankenhausträgern erstattet.

Auf Grund der Änderung des neuen Absatzes 3 können nunmehr auch solche Krankenhäuser, die aus dem Krankenhausbedarfsplan eines Landes ausscheiden, einen Ausgleich erhalten. Durch die Regelung soll die Strukturverbesserung erleichtert werden. Zur Beschleunigung des Strukturwandels wurde die Umstellungsfrist auf acht Jahre verkürzt.

**Zu § 4 Nr. 5** (§ 10 KHG)

Pauschalierte Fördermittel werden von den Krankenhäusern gelegentlich zu Investitionen verwendet, die ihrer Aufgabenstellung nach dem Krankenhausbedarfsplan nicht entsprechen. Dieses soll in Zukunft verhindert werden. Davon bleibt unberührt, daß ein Krankenhaus in eine andere Anforderungsstufe eingestuft werden kann, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausbedarfsplan bestimmten Aufgaben notwendig und ausreichend ist.

**Zu § 4 Nr. 6** (§ 11 a KHG)

Die Regelung sieht eine Beteiligung der Krankenhausträger in Höhe von 10 v. H. an den Investitionskosten für die Errichtung von Krankenhäusern (§ 9 Abs. 1 und 2) sowie von 5 v. H. an den Investitionskosten für die Wiederbeschaffung mittelfristiger Anlagegüter und des Ergänzungsbedarfs (§ 9 Abs. 3 und 4) sowie für kurzfristige Anlagegüter (§ 10) vor. Werden Fördermittel für die Nutzung der Anlagegüter (§ 11) zur Verfügung gestellt, ist eine Beteiligung der Krankenhausträger ebenfalls vorgesehen, und zwar entsprechend der für die jeweiligen Anlagegüter bestimmten Beteiligung an den Investitionskosten. Die Finanzierung der Beteiligung erfolgt aus freien Finanzierungsspielräumen, die die Krankenhäuser bereits nach geltendem Recht haben (z. B. Überschüsse bei sonstigen gesondert berechenbaren Leistungen — § 6 Bundespflegesatzverordnung — und aus der nur teilweisen Berücksichtigung der Erlöse der Ambulanz sowie der Abgaben liquidationsberechtigter Ärzte bei der Ermittlung des Pflegesatzes — § 18 Abs. 5 und 6 Bundespflegesatzverordnung —). Ferner soll aufgrund der neuen Regelung in § 17 Abs. 2 Satz 3 (§ 4 Nr. 9 dieses Gesetzes) der Gewinn- und Verlustausgleich der Bundespflegesatzverordnung gestrichen werden, damit den Krankenhäusern auch eventuelle Überschüsse verbleiben können. Auch hierdurch kann sich die Finanzierungssituation verbessern. Darüber hinaus wird durch den neuen § 17 Abs. 1 Satz 4 sichergestellt, daß die zu finanzierende Beteiligung zeitanteilig entsprechend den steuerrechtlichen Vorschriften im Pflegesatz berücksichtigt wird.

Die Vorschriften verfolgen das Ziel, die Krankenhausträger bei der Vornahme von Investitionen zu erhöhten Wirtschaftlichkeitsüberlegungen zu ver-

anlassen. Es wird davon ausgegangen, daß trotz Überwälzungsmöglichkeit die verbleibende Beteiligung an den Investitionen einerseits ausreichend ist, die Notwendigkeit der Investitionen sorgfältig zu prüfen, auf der anderen Seite aber auch in dem für die Krankenhäuser geltenden Finanzierungssystem getragen werden kann. Der Anreiz zu sparsamen und wirtschaftlichen Investitionen liegt im Interesse der Krankenkassen. Die Beteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten sowie die Einbeziehung dieser Kosten in den Pflegesatz ist auch eine entsprechende Ergänzung der Finanzierungs- und pflegesatzrechtlichen Vorschriften aufgrund der verstärkten Mitwirkungsrechte von Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Krankenhausplanung. Bei dieser Gesamtregelung ist durch die Beteiligung der Krankenhäuser an den Investitionen eine Existenzgefährdung der Krankenhäuser nicht gegeben.

**Zu § 4 Nr. 7** (§ 15 KHG)

Die Vorschrift dient der Klarstellung. Die bisherige Fassung bringt nicht deutlich genug zum Ausdruck, daß bei bereits zu Beginn der öffentlichen Förderung bestehenden Krankenhäusern keine Benachteiligung durch eine Rückzahlungsverpflichtung für erhaltene Fördermittel eintreten soll, wenn diese ihre Aufgaben nach dem Krankenhausbedarfsplan nicht mehr erfüllen und daraus ausscheiden.

**Zu § 4 Nr. 8** (§ 16 KHG)

Die bisher in der Vorschrift des § 16 Satz 1 enthaltene Ermächtigung der Bundesregierung, durch Rechtsverordnung Vorschriften über Rechnungs- und Buchführungspflichten zu erlassen, wird durch die neue Vorschrift des § 26 a über das Rechnungswesen ersetzt. Auf Grund der Einbeziehung des § 17 Abs. 1 Satz 4 und des § 18 a in die Ermächtigung des § 16 soll das Nähere über die Berücksichtigung des Eigenanteils der Krankenhäuser an den Investitionen im Pflegesatz sowie über das Verfahren der Schiedsstelle durch Rechtsverordnung geregelt werden.

**Zu § 4 Nr. 9** (§ 17 KHG)

Durch die Änderung in Absatz 1 können die Vertragsparteien den bislang durch § 17 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung gegebenen Ausgleich von Gewinnen und Verlusten bei der Festlegung der Pflegesätze nicht mehr vornehmen. Hierdurch wird eine entsprechende Änderung der Bundespflegesatzverordnung erforderlich. Bis zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung gilt entsprechend Artikel 2 § 11 Abs. 3 der Übergangsregelung das bisherige Recht weiter.

Die Abschaffung des Gewinn- und Verlustausgleichs soll den in § 4 Abs. 1 KHG enthaltenen Grundsatz nicht verletzen, daß die Förderung nach diesem Gesetz und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken müssen. Die Pflegesätze sollen von vornherein in einer solchen Höhe festgelegt werden, daß für die vereinbarte Laufzeit der Pflegesatzvereinbarung alle im Pflegesatz zu berücksichtigenden Kosten gedeckt werden können. Unterdeckungen für den Zeitraum seit der letzten Pflegesatzvereinbarung gehen zu Lasten der Krankenhäuser, Überdekkungen, z. B. aus zwischenzeitlichen Rationalisierungsmaßnahmen, können bei den Krankenhäusern verbleiben.

In den Pflegesätzen wird die Beteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten nach § 11 a zeitanteilig berücksichtigt. Wegen der Auswirkung auf die Finanzsituation der Krankenhäuser wird auf die Begründung zu § 4 Nr. 6 (§ 11 a KHG) verwiesen. Die Krankenkassen gewinnen Einfluß auf die wirtschaftliche Verwendung der Investitionsgüter und die investitionsbedingte Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Das Nähere über die Berücksichtigung des Eigenanteils wird in der Bundespflegesatzverordnung geregelt.

Absatz 5 stellt klar, daß auch die Krankenhäuser, die nicht öffentlich gefördert werden, für die jedoch ein Pflegesatz festgesetzt wird, wie die öffentlich geförderten Krankenhäuser 10 v. H. bzw. 5 v. H. der auf Investitionen entfallenden Selbstkosten bzw. Entgelte der Nutzung von Anlagegütern selbst zu tragen haben. Im einzelnen wird auf die Begründung zu § 4 Nr. 6 (§ 11 a KHG) verwiesen. Die Berücksichtigung von Eigenanteilen der Krankenhäuser an den Investitionskosten im Pflegesatz ist unter denselben Bedingungen wie bei den geförderten Krankenhäusern möglich.

**Zu § 4 Nr. 10** (§ 18 KHG)

Nach heutigem Recht werden die Pflegesätze nach vorherigen Einigungsverhandlungen zwischen dem Krankenhausträger und den betroffenen Krankenkassen von der zuständigen Landesbehörde festgesetzt. Die Vereinbarung der Pflegesätze zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im Lande dient der Stärkung der Selbstverwaltung der Krankenhäuser und der Krankenkassen und ihrer Verantwortung für die Erzielung sozial tragbarer Pflegesätze. Dabei ist der Tatsache Rechnung getragen, daß Verhandlungen heute schon vielfach von den Landesverbänden geführt werden. Die Konzentration auf überbetriebliche Einrichtungen hat sich bewährt. Die sonstigen Sozialleistungsträger sind unter bestimmten Bedingungen zu den Verhandlungen hinzuzuziehen. Diese Regelung erfolgt mit Rücksicht darauf, daß in der Praxis die Pflegesätze schon heute durchweg ohne Beteiligung der sonstigen Sozialleistungsträger ausgehandelt werden.

Als Pflegesatz wird heute ein pauschalierter tagesgleicher Satz festgelegt. Diese Ausgestaltung des Pflegesatzes bietet kaum einen Anreiz zur Senkung der Verweildauer. Im Gegenteil ermöglicht er, zu erwartende Unterdeckungen durch eine Verlängerung der Verweildauer zu vermeiden. Mit anderen Pflegesatzformen, wie z. B. dem degressiven Pflegesatz, kann dieser Nachteil behoben werden. Es wird

davon ausgegangen, daß die Vertragspartner im Wege der Vereinbarung der Pflegesätze auch neue Pflegesatzformen einführen, die Anreize zur wirtschaftlichen Betriebsführung der Krankenhäuser bieten.

Die von Krankenhausträgern vorzulegenden Unterlagen sollen dazu dienen, den Krankenkassen die Überprüfung der Selbstkosten, die in die Pflegesätze eingehen, zu ermöglichen. Der Selbstkostennachweis wird nach der geltenden Bundespflegesatzverordnung durch das Selbstkostenblatt erbracht. Aussagen über eine wirtschaftliche Betriebsführung können daraus nur in begrenztem Umfang gewonnen werden. Es ist daher den Krankenkassen das Recht eingeräumt, weitere im einzelnen aufgeführte Unterlagen anzufordern. Darüber hinaus können die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Krankenkassen vereinbaren, welche weiteren Unterlagen für den Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Bedeutung sein können. Hierunter fallen etwa Ergebnisse der Betriebsstatistik oder Angaben aus der Kosten- und Leistungsrechnung. Die Regelung verhindert, daß unzumutbare Anforderungen an den Nachweis gestellt werden.

Der Stärkung der Selbstverwaltung soll es darüber hinaus dienen, daß die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Krankenkassen verpflichtet werden, gemeinsame Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere Richtwerte für Personal- und Sachkosten aufzustellen und der Entwicklung anzupassen, wobei bestimmte Kriterien zu berücksichtigen sind. Diese Maßstäbe und Richtwerte schließen nicht aus, daß die Kosten- und Leistungsstrukturen eines Krankenhauses differenziert berücksichtigt werden können.

Für den Fall, daß eine Einigung über die Pflegesätze nicht zustande kommt, entscheiden Schiedsstellen, die bei den zuständigen Landesbehörden zu bilden sind. Hiermit wird eine dem Schiedsverfahren im Kassenarztrecht vergleichbare Regelung, die sich dort bewährt hat, eingeführt. Wegen des engen Zusammenhanges zwischen der Höhe der Benutzerkosten (Pflegesätze) und der Erhaltung eines Systems bedarfsgerechter und leistungsfähiger Krankenhausversorgung, wofür die Länder oder die von ihnen in den Landeskrankenhausgesetzen festgelegten Stellen verantwortlich sind, soll jedoch die Schiedsstelle anders als im Kassenarztrecht bei der zuständigen Landesbehörde errichtet werden.

Die im Gesetz festgelegten Fristen gewährleisten eine zügige Entscheidung. Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle können Rechtsmittel bei dem zuständigen Verwaltungsgericht eingelegt werden. Die Entbehrlichkeit eines Vorverfahrens nach Absatz 6, das als Parteien sowohl die Vertragsparteien nach Absatz 1 als auch die in Absatz 7 genannten Parteien umfaßt, folgt aus der Ausgestaltung der Schiedsstelle.

Absatz 7 trägt der Verbindlichkeit der Pflegesatzvereinbarung für alle Benutzer hinsichtlich des Rechtsmittelverfahrens im Verwaltungsrechtsweg Rechnung.

**Zu § 4 Nr. 11** (§ 18 a KHG)

Bei der Zusammensetzung der Schiedsstelle ist grundsätzlich von einer gleichgewichtigen Besetzung mit Vertretern der Krankenkassen und Krankenhäuser ausgegangen worden. Wegen der Bedeutung der Entscheidungen für die gesamte Finanzierung der Krankenhäuser stellt die Landesbehörde den Vorsitzenden im Benehmen mit den Beteiligten. Die Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser werden von deren Landesverbänden benannt. Wenn die Landesverbände ihre Mitwirkungsrechte nicht erfüllen, erfolgt die Bestellung der Schiedsstelle allein durch die zuständige Landesbehörde. Der Vorsitzende und die Mitglieder haben je eine Stimme.

Nach geltendem Recht werden Konflikte bei der Pflegesatzfestsetzung zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen durch eine Entscheidung der zuständigen Landesbehörde gelöst. Die Konfliktlösung durch eine Schiedsstelle unter Beteiligung der Krankenhäuser und Krankenkassen ist ein neuer Weg, der nicht unumstritten ist. Die Bundesregierung ist jedoch der Ansicht, daß hierdurch die Selbstverwaltung und Selbstverantwortung von Leistungserbringern und Kostenträgern für eine wirtschaftliche Betriebsführung der Krankenhäuser und deren Finanzierung gegenüber dem bisherigen Verfahren wesentlich verstärkt wird.

Eine Klage vor dem Verwaltungsgericht ist bei dem jetzigen wie auch bei dem neuen Verfahren gegeben. Vor- und Nachteile dieser Lösung sind weiter zu überdenken.

**Zu § 4 Nr. 12** (§ 20 KHG)

Die Vorschrift stellt sicher, daß Krankenhäuser, auf die die Pflegesatzregelung keine Anwendung findet, von den Sozialleistungsträgern nur Entgelte fordern können, bei denen die Regelungen über die Beteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten berücksichtigt sind.

**Zu § 4 Nr. 13** (§ 22 KHG)

Die Vorschrift stellt sicher, daß die vom Bund nach § 22 Abs. 1 Satz 2 bereitzustellenden Fördermittel entsprechend der Beteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten und Entgelten für die Nutzung von Anlagegütern nach § 4 Nr. 6 gemindert werden.

**Zu § 4 Nr. 14** (§ 23 KHG)

Die Finanzhilfen nach § 22 Abs. 1 Satz 2 werden nur in Höhe von 80 v. H. den Ländern nach ihrer Einwohnerzahl zugewiesen. Die übrigen Finanzhilfen werden im Benehmen mit dem Ausschuß für Fragen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Bund/Länder § 4 Nr. 3 Abs. 2 letzter Satz) für bestimmte Aufgaben verteilt. Bisher werden lediglich Mittel zur Beseitigung einer regionalen Unterversorgung bereitgestellt. Die Finanzhilfen des Bundes

können nunmehr auch zur Strukturbereinigung in mit Krankenhausbetten überversorgten Gebieten eingesetzt werden.

**Zu § 4 Nr. 15** (§ 26 a KHG)

Die nach heutigem Recht in § 16 enthaltene Ermächtigung für eine Rechtsverordnung des Bundes über Rechnungs- und Buchführungspflichten wird durch die Vorschrift des § 26 a ersetzt und konkretisiert. Absatz 1 entspricht den bisherigen Beratungen über die Buchführung im Ausschuß nach § 7. Die Verordnungsermächtigung (Absatz 2) erlaubt es, entsprechend den Unterschieden in der Krankenhausstruktur sowohl in der Buchführung wie im weiteren Rechnungswesen differenzierte Regelungen zu erlassen; insbesondere wird es angezeigt sein, bei den Anforderungen an das Rechnungswesen auch unterschiedliche Größen der Krankenhäuser zu beachten. Wirtschaftspläne sind erforderlich, um mehr als bisher gesicherte Anhaltspunkte für bei der Pflegesatzermittlung zu berücksichtigende Änderungen der Kosten sowie der zu erwartenden Kostenentwicklung zu erhalten. Die Ausgestaltung des Rechnungswesens muß sich an dem Grundsatz der sparsamen Wirtschaftsführung im Krankenhaus orientieren.

**Zu § 4 Nr. 16** (§ 27 KHG)

Die Vorschrift dient dazu, die Kostenabgrenzungen zwischen dem investiven und dem Benutzerkostenbereich soweit wie möglich zu differenzieren. Die Regelung soll es ermöglichen, nicht nur von der Nutzungsdauer der Güter auszugehen, sondern auch die sachliche Zuordnung der Güter zueinander einzubeziehen.

**Zu § 4 Nr. 17** (§ 29 a KHG)

In diesem Gesetz werden den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen bestimmte Aufgaben zugewiesen. Es wird klargestellt, wer für die knappschaftliche Krankenversicherung, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Ersatzkassen und die in § 414 Abs. 3 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Krankenkassen diese Aufgaben wahrzunehmen hat.

**Zu § 5**

Die Erweiterung des Mitgliederkreises ist eine notwendige Folge der Änderung der §§ 257 a und 257 c RVO, die den Rentnern und den Behinderten das Recht einräumt, die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse zu beantragen. Auf die Zugehörigkeit dieser Personen zum Mitgliederkreis der Ersatzkassen während ihrer Erwerbstätigkeit kommt es nicht an. Die Erweiterung des Mitgliederkreises folgt der Entwicklung der letzten Jahre, in denen die Beschränkungen des Mitgliederkreises teilweise aufgehoben und den Ersatzkassen darüber hinaus das Recht gegeben wurde, eine neue Personengruppe — die Studenten — zu versichern.

Artikel 2

**Zu § 1**

Die Übergangsvorschrift stellt sicher, daß Rentner, die nach bisherigem Recht in der Rentnerkrankenversicherung pflichtversichert waren und Personen, die bis zum 30. Juni 1978 Antrag auf Rente stellen, als Rentner pflichtversichert bleiben, auch wenn sie die Voraussetzungen nach neuem Recht nicht mehr erfüllen.

Das gleiche gilt nach Absatz 2 für diejenigen Rentner, die nach bisherigem Recht nur deshalb nicht in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert waren, weil diese Pflichtversicherung durch eine andere Versicherung verdrängt worden ist.

**Zu § 2**

Die Vorschrift dient der Besitzstandswahrung: Personen, die bis zum 30. Juni 1978 Rente beantragen, gelten bis zur Entscheidung über ihren Rentenantrag als Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie die neuen Voraussetzungen des § 315 a RVO für eine Formalmitgliedschaft nicht erfüllen.

**Zu § 3**

Für Rentenantragsteller, über deren Rente beim Inkrafttreten dieses Gesetzes noch nicht endgültig entschieden ist, soll die Neuregelung in Artikel 1 § 1 Nr. 24 auch dann gelten, wenn für sie die in diesen Vorschriften genannte Frist bereits abgelaufen ist. Die gleiche Möglichkeit sollen auch Personen haben, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Landabgaberente beantragt haben.

**Zu § 4**

Um den Leistungsanspruch nach § 198 RVO und § 25 KVLG in der Fassung dieses Gesetzes vom Anspruch nach dem alten Recht abzugrenzen, findet die Neufassung nur dann Anwendung, wenn die Entbindung nach Inkrafttreten dieses Gesetzes stattfindet (Absatz 1).

Um zu verhindern, daß innerhalb von neun Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Schwangere, die die Voraussetzungen der neuen Regelung nicht erfüllen, keinerlei Pauschbetrag für sonstige Aufwendungen erhalten, läßt Absatz 2 in diesen Fällen das bisherige Recht Anwendung finden.

Absatz 3 stellt sicher, daß Familienangehörige hinsichtlich der Übergangsregelungen gleichbehandelt werden.

**Zu § 5**

Übergangsvorschrift zu Artikel 1 § 1 Nr. 30 (§ 368 f RVO)

**Zu § 6**

Um zu verhindern, daß eingeschriebene Studenten an Hoch- und Fachhochschulen, für die bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes Ansprüche auf Leistungen der Familienhilfe bestanden, bis zum Beginn des Wintersemesters 1977/78 ohne Krankenversicherungsschutz sind, sieht das Gesetz vor, daß diese Leistungen bis zu den genannten Zeitpunkten zu gewähren sind.

**Zu § 7**

Übergangsvorschrift zu Artikel 1 § 1 Nr. 31 (§ 368 g RVO)

**Zu § 8**

Übergangsvorschrift zu Artikel 1 § 1 Nr. 34 (§ 368 n RVO)

**Zu § 9**

Die Übergangsvorschrift ist erforderlich, weil der Belastungsausgleich nach § 393 b RVO auf die Jahresrechnungsergebnisse abstellt. Deshalb bleibt die Regelung des § 385 Abs. 2 und 3 RVO für das zweite Halbjahr 1977 in Kraft. Dabei wird aber berücksichtigt, daß die Träger der Rentenversicherung künftig nur noch 11 v. H. der Rentenausgaben für die Krankenversicherung der Rentner tragen.

**Zu § 10**

Die von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten für die Krankenversicherung der Rentner seit dem Jahre 1971 geleisteten Überzahlungen sollen von den Trägern der Krankenversicherung nicht mehr zurückerstattet werden. Die Verpflichtung nach § 393 a RVO zum Erlaß der KVdR-Beitragsbemessungsverordnungen wird aufgehoben.

**Zu § 11**

Absatz 1 regelt, daß bei den Krankenhäusern, die auf Grund des bei Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Rechts Ausgleichsmittel für einen Umstellungszeitraum von zehn Jahren erhalten, die Verkürzung dieses Zeitraumes auf acht Jahre durch die Änderung in § 4 Nr. 4 Buchstabe c nicht zu einer entsprechenden Minderung der Ausgleichsmittel führt.

Absatz 2 dieser Vorschrift stellt sicher, daß in die Eigenbeteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten nur solche Investitionen einbezogen werden, die nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgenommen werden. Für die Kürzung von Pauschalen für Investitionen besteht insofern keine Schwierigkeit, weil die Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erst am 1. Januar 1978 in Kraft treten und die Pauschalen in der Regel auf das Kalenderjahr bezogen gezahlt werden.

Nach Absatz 3 wird die bisher geltende Pflegesatzregelung bis zum Inkrafttreten einer an die Vorschriften dieses Gesetzes angepaßten Bundespflegesatzverordnung und bis zum Erlaß einer Verordnung über das Verfahren der Schiedsstelle aufrechterhalten. Die Vereinbarung von Pflegesätzen zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im Lande ist erst nach diesem Zeitpunkt möglich. Änderungen von Pflegesätzen, die bis zu diesem Termin erforderlich waren, erfolgen weiterhin auf der Grundlage des geltenden Rechts.

**Zu § 12**

Der Inhalt der genannten Vorschriften ist durch neue Regelungen ersetzt worden. Die Vorschriften sind daher außer Kraft zu setzen.

Die Höhe der Beiträge der freiwillig versicherten Knappschaftsrentner soll sich künftig nach den Beitragsvorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes richten; ihre Festsetzung obliegt damit der Selbstverwaltung.

**Zu § 13**

Die Vorschrift dient der redaktionellen Bereinigung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze.

**Zu § 14**

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

**Zu § 15**

Das Gesetz soll sobald wie möglich in Kraft treten.

Um der Verwaltung genügend Spielraum zu lassen, sich auf die Neuregelung im Krankenhausbereich einzustellen, sieht Absatz 2 vor, daß diese Vorschriften erst am 1. Januar 1978 in Kraft treten.

## III. Wirtschaftliche Auswirkungen

Die Konsolidierung der Krankenversicherung der Rentner und das Maßnahmenbündel zur Kostendämpfung und zur Strukturverbesserung müssen in ihren ökonomischen und finanziellen Auswirkungen im Zusammenhang gesehen werden. Den Mindereinnahmen der Krankenkassen aus der Neuord-

nung der Krankenversicherung der Rentner stehen Mehreinnahmen aus der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie durch sonstige Maßnahmen gegenüber. Die sich aus der KVdR-Regelung ergebende Belastung wird durch den Belastungsausgleich sozial gerecht auf die Beitragszahler verteilt. Die gesetzlichen Regelungen zur Dämpfung der Ausgaben sollen es der Selbstverwaltung der Krankenkassen und deren Vertragspartnern ermöglichen, die Entwicklung der Ausgaben weiterhin an der Entwicklung der Einkommen zu orientieren.

### 1. Ausgangslage

Die erheblichen Beitragssatzsteigerungen der letzten Jahre sind Anfang des Jahres 1976 bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von 11,3 v. H. weitgehend zum Stillstand gekommen. Die durchschnittliche Ausgabenentwicklung konnte nahezu (bis auf rd. 2 Prozentpunkte) an die durchschnittliche Einkommensentwicklung der Beitragszahler herangeführt werden. Für das Jahr 1977 ist bei unveränderter Rechtslage allenfalls mit einem leichten Beitragssatzanstieg zu rechnen. Diese Beruhigung des Beitragssatzanstiegs ist u. a. Ergebnis der vor allem in den Jahren 1975 und 1976 von allen am System der gesetzlichen Krankenversicherung Beteiligten durchgeführten Maßnahmen zur Kostendämpfung. Zur Beitragssatzstabilisierung haben allerdings auch die beträchtlichen Überzahlungen der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten zur Krankenversicherung der Rentner beigetragen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß sich diese Entwicklung über das Jahr 1977 hinaus ohne weiteres fortsetzt. Die Überzahlung der Rentenversicherung soll nach dem Entwurf des Gesetzes zur 20. Rentenanpassung und zur Verbesserung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (20. Rentenanpassungsgesetz) beseitigt werden. Ferner ist damit zu rechnen, daß der Überhang der Ausgabenentwicklung über die Einkommensentwicklung, der in den Jahren 1965 bis 1975 4,5 bis 5 Prozentpunkte betrug, sich künftig wieder durchsetzt, wenn nicht gesetzliche Maßnahmen zur Kostendämpfung getroffen werden.

### 2. Krankenversicherung der Rentner

*a) Derzeitige Rechtslage*

Die Höhe der Beiträge der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten zur Krankenversicherung der Rentner hat dazu geführt, daß der Finanzierungsanteil der Krankenkassen an den Aufwendungen für die Rentner (ohne Bundesknappschaft und landwirtschaftliche Krankenkassen — insoweit gelten Sondersysteme) seit 1970 zwischen 25 und 30 v. H. liegt. Dieses ist u. a. darauf zurückzuführen, daß die Träger der Krankenversicherung seit 1971 von den Trägern der Rentenversicherung gemäß § 385 Abs. 2 und 3 RVO als Beitrag für die Rentner über den in § 393 a RVO festgelegten Beitrag von 10,98 v. H. der Rentenausgaben hinaus erhebliche Überzahlungen erhalten haben (Tabelle 1 Zeile 7).

Tabelle 1

**Leistungsaufwendungen für die KVdR und Finanzierungsanteile von GKV und GRV bei Beitragszahlung gemäß § 385 RVO und § 393 a RVO**

| | Jahr | 1968 | 1969 | 1970 | 1971 | 1972 | 1973[1]) | 1974[1]) | 1975[1]) | 1976[2]) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | Beitrag der GRV gem. § 385 RVO[3]), Millionen DM ..... | 3 137 | 3 425 | 4 088 | 5 252 | 6 470 | 7 834 | 9 379 | 11 706 | 13 978 |
| | Steigerung in v. H. .. | — | *9,2* | *19,4* | *28,5* | *23,2* | *21,1* | *19,7* | *24,8* | *19,4* |
| 2 | Leistungsaufwand KVdR[4]) in Millionen DM .......... | 4 338 | 5 046 | 5 978 | 7 583 | 9 094 | 10 906 | 13 734 | 16 399 | 18 591 |
| | Steigerung in v. H. .. | — | *16,3* | *18,5* | *26,8* | *19,9* | *20,5* | *25,9* | *19,4* | *13,4* |
| 3 | Effektiver Finanzierungsanteil der GKV in Millionen DM ... | 868 | 1 172 | 1 762 | 2 331 | 2 624 | 3 072 | 4 355 | 4 693 | 4 613 |
| | Steigerung in v. H. .. | — | *35,0* | *50,3* | *32,3* | *12,6* | *17,1* | *41,8* | *7,8* | *—1,7* |
| | in v. H. der KVdR-Ausgaben[5]) ....... | *20,0* | *23,2* | *29,5* | *30,7* | *28,9* | *28,2* | *31,7* | *28,6* | *24,8* |
| 4 | Beitrag der GRV gem. § 393 a RVO (10,98 v. H. der Rentenausgaben) in Millionen DM ..... | 3 470 | 3 874 | 4 216 | 4 557 | 5 187 | 6 066 | 7 096 | 7 997 | 9 100 |
| | Steigerung in v. H. .. | — | *11,6* | *8,8* | *8,1* | *13,8* | *16,9* | *17,0* | *12,5* | *13,8* |
| 5 | Finanzierungsanteil der GRV in v. H. ... | *80,0* | *76,8* | *70,5* | *60,1* | *57,0* | *55,6* | *51,7* | *48,8* | *48,9* |
| 6 | Leistung der GKV in Millionen DM ... | 868 | 1 172 | 1 762 | 3 026 | 3 907 | 4 840 | 6 638 | 8 402 | 9 491 |
| | Steigerung in v. H. .. | — | *35,0* | *50,3* | *71,7* | *29,1* | *23,9* | *37,1* | *26,6* | *13,0* |
| | Finanzierungsanteil der GKV in v. H. ... | *20,0* | *23,2* | *29,5* | *39,9* | *43,0* | *44,4* | *48,3* | *51,2* | *51,1* |
| 7 | Überzahlung (+) Unterzahlung (—) der GRV, in Millionen DM .......... | (—)333 | (—)449 | (—)128 | (+)695 | (+)1 283 | (+)1 768 | (+)2 283 | (+)3 709 | (+)4 878 |

[1]) vorläufige Rechnungsergebnisse [2]) Schätzung
[3]) Beiträge der GRV gemäß § 393 a zuzüglich Überzahlung bzw. abzüglich Unterzahlung.
[4]) ohne Bundesknappschaft und landw. Krankenkassen
[5]) Für 1968 bis 1970 = Leistungsaufwand abzüglich Beitrag der GRV gemäß § 393 a RVO, für 1971 bis 1976 = Leistungsaufwand abzüglich Beitrag der GRV gemäß § 385 RVO.

Die Überzahlungen haben sich daraus ergeben, daß die für die Beitragsermittlung der Rentenversicherung zunächst gemäß § 385 Abs. 2 und 3 RVO (Tabelle 1 Zeile 1) relevanten Faktoren wie durchschnittlicher Grundlohn eines Landes und Beitragssatz der Krankenkasse des Rentners schneller gestiegen sind als der für die endgültige Beitragsbemessung relevante Anstieg der Rentenausgaben.

Die Bundesregierung hat von dem Erlaß der in § 385 RVO vorgesehenen Verordnungen zur Anpassung der von der Rentenversicherung zunächst gezahlten Beiträge gemäß § 385 RVO an die endgültigen Beiträge nach § 393 a RVO in Höhe von 10,98 v. H. des Rentenvolumens für die Jahre ab 1971 keinen Gebrauch gemacht, um ein weiteres Ansteigen der ohnehin schon steigenden Beitragssätze

in der Krankenversicherung auch aus konjunkturellen Gründen zu vermeiden. Wären die Bemessungsverordnungen ergangen, hätte rein rechnerisch der durchschnittliche Beitragssatz bis Ende 1976 auf rd. 12 v. H. steigen müssen. Insgesamt sind dadurch Überzahlungen für die Jahre 1971 bis 1976 in Höhe von rd. 14,6 Mrd. DM aufgelaufen. Für 1977 wäre mit einer Überzahlung von weiteren rd. 5,6 Mrd. DM zu rechnen.

Die Beitragszahlung gemäß § 385 Abs. 2 und 3 RVO ist für die Rentenversicherung an Grenzen gestoßen (vgl. Begründung zum Entwurf des Gesetzes zur 20. Rentenanpassung und zur Verbesserung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung — 20. Rentenanpassungsgesetz). Dazu kommt, daß die Beitragszahlung nach § 385 RVO einschließlich einer Anpassung auf 10,98 v. H. des Rentenvolumens gemäß § 393 a RVO die zwischen den Kassen unterschiedliche Rentnerdichte um so unvollkommener ausgleicht, je mehr der Finanzierungsanteil der jeweiligen Krankenkasse an der KVdR über 20 v. H. steigt. Der Erlaß der Bemessungsverordnungen hätte den bei einer Beitragszahlung nach § 385 RVO gegebenen durchschnittlichen Finanzierungsanteil der Krankenversicherung von 20 v. H. im Jahre 1968 auf rd. 51 v. H. im Jahre 1976 angehoben (vgl. Tabelle 1 Zeile 6) und zu erheblichen unterschiedlichen Belastungen der Kassen geführt.

Schon bei der bestehenden Beitragszahlung der Rentenversicherung gemäß § 385 RVO ist die Belastung der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem durch Beiträge der Rentenversicherung nicht gedeckten Aufwand für die Rentner bei den einzelnen Kassenarten unterschiedlich. Im Jahre 1976 war jedes Mitglied ohne Rentner der Ortskrankenkassen mit 185 DM und der Betriebskrankenkassen mit 250 DM belastet, während die Mitglieder der Innungskrankenkassen 169 DM und die der Angestellten-Ersatzkassen 215 DM aufzubringen hatten. Entsprechende Unterschiede zeigen sich bei einem Vergleich der einzelnen Krankenkassen. Würde die Beitragsbemessung nach § 393 a RVO angewendet, würde sich die Belastung der Krankenkassen nicht nur erheblich erhöhen, es würden auch die Belastungsunterschiede drastisch hervortreten (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2

**Krankenversicherung der Rentner**

Belastung der Krankenkassen je Mitglied o. R. bei Beitragszahlung gemäß § 393 a RVO

— DM —

Schätzung

| Jahr | insgesamt | OKK | BKK | IKK | ArE | AnE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1976 | 416 | 518 | 474 | 256 | 288 | 292 |

Bezogen auf den Grundlohn als der Meßzahl für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Versicherten bzw. einer Krankenkasse ergeben sich folgende Belastungsunterschiede (Tabelle 3):

Tabelle 3

**Belastungsstruktur der Krankenkassen im Jahre 1976**

— Schätzung —

| Kassenarten | § 385 RVO in v. H. der GLS [1] | § 393 a RVO in v. H. der GLS [1] | Mehrbelastung bei § 393 a RVO in v. H. der GLS [1] |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| OKK | 0,98 | 2,74 | 1,76 |
| BKK | 1,14 | 2,16 | 1,02 |
| IKK | 0,96 | 1,45 | 0,49 |
| ArE | 0,88 | 1,34 | 0,46 |
| AnE | 1,08 | 1,47 | 0,39 |
| insgesamt | 1,03 | 2,13 | 1,10 |

[1]) GLS = Grundlohnsumme

Bei einer Beitragsbemessung nach § 393 a RVO wären insbesondere die Ortskrankenkassen übermäßig belastet worden (Tabelle 3 Spalte 3).

*b) Änderungen*

Ab 1. Juli 1977 bringt die Rentenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner insgesamt 11,7 v. H. des Rentenvolumens auf (§ 385 Abs. 2 RVO in der Fassung Artikel 1 § 1 Nr. 38); davon entfallen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes 11 v. H. auf die pflichtversicherten und 0,7 v. H. auf die freiwillig und privatversicherten Rentner.

Die Regelungen der Beitragszahlungen der Rentenversicherung gemäß § 385 Abs. 2 RVO i. d. F. Artikel 1 § 1 Nr. 38 schließen Überzahlungen der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner in Zukunft aus.

Der Verbleib der Überzahlungen für die Jahre 1971 bis Juni 1977 in Höhe von insgesamt rd. 17,4 Mrd. DM nach Artikel 2 § 10 bei den Krankenkassen hat zur Folge, daß daraus keine Belastungen mehr für die Krankenkassen und die Versicherten entstehen können.

Die Krankenkassen müssen jedoch Aufwendungen in der Höhe, wie sie bisher durch Überzahlungen der Rentenversicherung abgedeckt wurden, ab 1. Juli 1977 selbst tragen. Im Jahre 1977 würde sich bei gleichbleibender Rechtslage für die Krankenversicherung der Rentner eine Überzahlung von rd. 5,6 Mrd. DM ergeben.

Durch den in die Beitragszahlungen der Rentenversicherung gemäß § 393 b RVO in der Fassung Artikel 1 § 1 Nr. 41 eingebauten Belastungsausgleich wird jedes Krankenversicherungsmitglied (ohne Rentner gerechnet) unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit für den durch Beiträge der Rentenversicherung nicht gedeckten Leistungsaufwand für die Rentner mit einem gleichen Vomhundertsatz von rd. 2,2 v. H. seines Grundlohnes belastet (Tabelle 4).

Tabelle 4

**Krankenversicherung der Rentner**
Belastungsstruktur der Krankenkassen

nach Durchführung des Ausgleichs [1])
gemäß § 393 b i. d. F. Artikel 1 § 1 Nr. 41
— 1977 Schätzung —

| Kassenart | KVdR-Leistungsaufwand Mrd. DM | Beitrag der RV Mrd. DM | Finanzierungsanteil der Krankenkassen | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Mrd. DM | in v. H. der GLS [2]) |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OKK | 13,162 | 8,434 | 4,728 | 2,18 |
| BKK | 2,996 | 1,386 | 1,610 | 2,18 |
| IKK | 0,668 | 0,076 | 0,592 | 2,18 |
| ArE | 0,170 | 0,007 | 0,163 | 2,18 |
| AnE | 4,061 | 0,336 | 3,725 | 2,18 |
| Insgesamt und Durchschnitt | 21,057 | 10,239 | 10,818 | 2,18 |

[1]) Beitrag der Rentenversicherung = 11 v. H. der Rentenausgaben
[2]) Grundlohnsumme unter Berücksichtigung der durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze eintretenden Grundlohnerhöhung von rd. 14 Mrd. DM

### 3. Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze

Durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 180 Abs. 1 RVO (in der Fassung Artikel 1 § 1 Nr. 5) von 2 550 DM auf 2 890 DM würden sich, bezogen auf das ganze Jahr 1977, die Einnahmen der Krankenkassen nach Abzug der gleichfalls erhöhten Geldleistungen um schätzungsweise rd. 1,4 bis 1,8 Mrd. DM erhöhen.

Dieses Mehraufkommen tragen die Versicherten mit einem der Beitragsbemessung zugrunde zu legenden Einkommen über 2 550 DM monatlich.

Allerdings wirkt sich die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze nicht bei allen Kassen und Kassenarten gleichmäßig aus. Die Ersatzkassen und RVO-Kassen können im Zweiten Halbjahr 1977 mit Mehreinnahmen von jeweils rd. 0,4 Mrd. DM rechnen. Das führt zu unterschiedlichen Auswirkungen auf das Beitragssatzniveau.

### 4. Regelungen zum 1. Juli 1977

Die Regelungen zur KVdR führen im 2. Halbjahr 1977 zu Mehrbelastungen von rd. 2,8 Mrd. DM, die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zu Mehreinnahmen von rd. 0,8 Mrd. DM und die sonstigen Maßnahmen zu Minderausgaben von rd. 0,35 Mrd. DM. Damit führen die unmittelbar wirksamen Maßnahmen rechnerisch zu Mehrbelastungen von rd. 1,65 Mrd. DM. Ob und inwieweit diese Belastung beitragswirksam wird, hängt davon ab, inwieweit die Krankenkassen aus den Beitragssatzerhöhungen vor allem Anfang 1976 Finanzreserven zur Finanzierung einsetzen können. Ferner sind die Auswirkungen der Maßnahmen zur Kostendämpfung zu berücksichtigen.

### 5. Kostendämpfung

Die gesetzlichen Regelungen zur Ausgabendämpfung haben zum Ziel, die Ausgabenentwicklung in einer gesamtwirtschaftlich vertretbaren Größenordnung zu halten. Das bedeutet insbesondere nicht, daß die Leistungsausgaben der Krankenkassen eingefroren werden. Jährlich steht ein zusätzliches Finanzvolumen entsprechend der Zunahme der Grundlöhne zur Verfügung.

Aus diesem Finanzierungsspielraum können steigende Sach- und Personalaufwendungen, der erforderliche Umfang der Leistungen sowie zusätzliche Investitionen gedeckt werden. Das zusätzliche Finanzvolumen steht auch zur Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschritts und zur Finanzierung einer angemessenen Einkommensentwicklung der Leistungserbringer der Krankenkassen zur Verfügung.

Das bedeutet für die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte, daß sowohl steigender Praxisaufwand einschl. der erforderlichen Investitionen als auch angemessene Einkommenssteigerungen finanziert werden können. Im Krankenhausbereich gewährleistet ein mit der Einkommensentwicklung steigender Finanzierungsspielraum die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der erforderlichen ärztlichen und pflegerischen Betreuung der Versicherten.

## IV. Finanzielle Auswirkungen

Bund, Länder und Gemeinden werden ab 1978 auf Grund der Änderungen der Vorschriften über die Förderung der Investitionskosten in Krankenhäusern entlastet. Die Entlastung nach Artikel 1 § 4 Nr. 6 (§ 11 a KHG) und Artikel 1 § 4 Nr. 13 (§ 22 KHG) beträgt bei Bund, Ländern und Gemeinden für 1978 42, 112, 68 Millionen DM, für 1979 36, 107, 66 Millionen DM und für 1980 37, 101, 62 Millionen DM.